

444

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1960

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

M A Z E T T I E R Jean René

Né le 29 Septembre 1.930 à LIMOGES (Hte-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le

1.960

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORAGIES GRAVES
COMPLIQUANT L'EVOLUTION DES ULCERES PEPTIQUES POST-OPERATOIRES
(Six observations inédites)

Président: PROFESSEUR Lucien LEGER

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS
Année 1960 N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

M A Z E T I E R Jean René

Né le 29 Septembre 1.930 à LIMOGES (Hte-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le

1.960

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMORAGIES GRAVES
COMPLIQUANT L'EVOLUTION DES ULCERES PEPTIQUES POST-OPERATOIRES
(Six observations inédites)

Président: PROFESSEUR Lucien LEGER



PROFESSEURS HONORAIRES:

M.M. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondot (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN..... Léon B I N E T
Membre de l'Institut

ASSESEUR..... Jean V E R N E

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	BORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthesiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cadilologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon)	SICARD (A.)
(Cochin)	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales... (Hotel-Dieu)	MENEGAUX (G.)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	MOULONGUET (P.)
Cl. chir. infantile & orthopédique (Enf. Mal.)	FEVRE (M.)
Cl. chir. orthopédique & réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE R.
Cl. Chir. cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (de)
Cl. chir. pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Cl. génétique médicale (Enfants-malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cl. Mal. cut. & syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Cl. mal. des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Cl. mal. infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Cl. mal. mentales & encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Cl. mal. métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Cl. mal. du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Cl. mal. système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUAININE (T.)
(Broussais)	GENNES (L. de)
(Cochin)	JUSTIN-BESANCON (L.)
(Hotel-Dieu)	BARIETY (M.)
Cliniques médicales..... (Lariboisière)	SOULIE (P.)
(Pitié)	DREYFUS (G.)
(St-Antoine)	KOURILSKY (R.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0038

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

- 3 -

MM.	MM.
Anatomie.....(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (OLIVIER (G.) (GAUTHIER-VILLARS (Melle P.) pr.s; ch.	Orthopédie.....(JUDET (R.) (RAMADIER (J)
Anatomie (BUSSET (F.) pathologique(GOUYGOU (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie DEBAIN (J) (BRUMPT (L.C)
Anesthésiologie (VOURC'H (G.) (NEVOT (A.) (pr.s.ch.	Parasitologie.....(pr.s.ch. (CHABAUD (A.) (BARCAT (J.) (BINET (J.-P.) (CAHCHOIX(J.) (CHATELIN(C-L)
Bactériologie.....(BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (TOURNIER (P.)	(DUBOST (Ch.) (DUBOST (Cl.) (FAUREL (J.)
Biochimie ;;;; (DESGREZ (P.) médicale ;;;; (POLONOWSKI(J)	Pathologie (FLABEAU (F.) chirurgicale....(GERMAIN (A.) (LAURENCE (G)
Biol.app. Ed. Phys. et aux Sports.....PLAS (F.)	(LORTAT-JACOB(JL)
Carcinologie.....(DENOIX (P.) (MATHE (G.)	(LOYGUE (J.) (MERCADIER
Derm.-SYPHIL.....(DUPERRAT (B.)	(PERROTIN (J)
Elec.-Radiologie.LEDOUX-LEBARD(G)	(ROBERT (H.)
Embryologie..TUCHMANN-DUPLESSIS. pr.s;ch.	(THOMERET (G)
Hématologie....(BILSKI-PASQUIER (DAUSSET (J.) (COUJARD (R) pr.s.ch.	Path. exotique.....SCHNEIDER(J)
Histologie.....(MAROIS (M.) (RACADOT (J.)	(CROSNIER (J)
Hydrologie.....CORNET (A.)	(HARTMANN (L)
Hygiène....(BOYER(J)pr.s.ch. (CORRE-HURST(Mme L.)	Path. expérimentale.(LOEPER (J.) (MAURICE(J.) (RICHT (G.)
Maladies (BASTIN (R.) infectieuses....(DUPONT (V.) (DEROBERTE (L.) pr.s.chK	(AUSSANNAIRE(M.) (BOUR (H.) (BOUVIER (J.) (BOUVRAIN (Y.) (BRICAIRE (H.) (BRISSAUD (H.) (BROCARD (H.)
Médecine légale..(HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.)	BUGE (A.) (CASTAIGNE M;conf.
Med. du travail...ALBAHARY (C.)	Pathologie (CATINAT (J.) médicale... (CONTAMIN (F.) (COURY (E.) (FREZAL (J.) (HOUSSET (E.) (LAROCHÉ (Cl.) (LESOBRE (R.) (MACREZ (C.) (NICK (J.) (PECQUIGNOT m.conf. (ROYER (P.) (WOLFROMM (R.)
Neurologie.....(HERMITTE (F.) (GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.)	
Obstétrique.....(MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBEY (M.) (THOYER-ROZAT	
Ophtalmologie....(BREGTAT (P.) (SARAUX (H.)	

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

-4-:-:-:-:-: -

	MM.	4 -
	(JOSEPH (R.)) :	Pneumo-phthisiologie....KREIS (B)
	(MANDE (R.)) :	Psychiatrie.....PICHOT (P)
	(MOZZICONACCI (P.)) :	Psychiatrie infantile...DUCHT (D)
Pédiatrie-	(POLONOVSKI (C.)) :	Rhumatologie.....DELBARRE
Puériculture..	(ROSSIER (A.)) :	
	(BOISSIER (J.)) :	(CERITA (P))
Pharmacologie...	(LECHAT (P.)) :	(CHAPUT Mme
	(PARROT (J.)) :	Stomatologie....(n.c.agr.
Physiologie....	pr.s.ch. :	(GRELLET (M))
	(DEJOURS (P.)) :	Thérapeutique... (CHASSAGNE (P.))
	(ROUGEROT (L.)) :	(LAMOTTE (M.))
Physique	(n.conf.pr.s.ch. :	
médicale.....	KELLY-THOMAS :	Urologie.....QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.	MM.
Anatomie.....	(DEBEYRE (J.)) :	(GRASSET (J.))
	(ABOULKER (P.)) :	Clinique (LEPAGE (F.))
	(AMELINE pr.s.ch. :	obstétricale.....(MAYER (M.))
	(HUGUIER (J.)) :	(RAVINA (J.))
Clinique	(OLIVIER (C.)) :	Clinique (DESVIGNES (P))
chirurgicale..	(PADOVANI (P.)) :	ophtalmologique... (OFFERT (G.))
	(POILLEUX (F.)) :	Clinique oto-rhino-
	(ROUX (M.)) :	laryngologique....MADURO (R.)
	(VERNE (J.-M.)) :	Clinique pédiatrique
	(BOUDIN (G.)) :	et puériculture.....LAPLANE (R.)
	(CONTE (M.)) :	Clin.psyhiatrique....BARUK (H.)
	(DOLANT (A.)) :	Clinique urologique...KUSS (R.)
Cl. médicale....	(TERRAULT (M.)) :	
	(RAMBERT (P.)) :	Médecine légale.....GAULTIER
	(THIEFFRY (S.)) :	
	(TURIAF (J.)) :	

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr.à T.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

Sécretaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Secrétaires: Mme BEUCLAND (H.); Mlle CHAINTREUIL, Mlle HURT.

Conservateur en Chef M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs: Mlle s. DUMAIRE (P.), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires.... (Mmes CONTE (J.), FORGET (F.)
(Mlles LAURENT, LE NOIR, QUIVREUX.

Par délibération en date du 9 Décembre 1928, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au Professeur Lucien L E G E R

Professeur de technique chirurgicale et de
chirurgie expérimentale.

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
qui nous a fait le grand honneur de présider
cette thèse.

Au Professeur Agrégé J.-L. LORTAT - JACOB

Chirurgien de l'Hopital Tenon
qui a eu la grande amabilité de nous confier
une observation de son service.

A Monsieur le Docteur L. R E N E
Chirurgien de l'Hopital de la Croix-St-Simon
qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et
nous a ~~souvent~~ guidé de ses précieux conseils.

- I N T R O D U C T I O N -

Du rapport classique de GOSSET et LERICHE (Congrès de Chirurgie de 1931) à celui plus récent de 1958, de nombreux travaux traitent de l' "Ulcère Peptique " mais le plus souvent, ils portent essentiellement sur la pathogénie d'où découle le traitement chirurgical le plus efficace; en règle générale, ils consacrent une étude plus limitée aux hémorragies importantes qui compliquent l'évolution de cette lésion.

Dans le " Journal de Chirurgie " de 1925, DELORE et CREYSSEL ne disent-ils pas textuellement :

" Si le vomissement n'est pas très fréquent, l'hématémèse est pour ainsi dire inconnue dans l'Ulcère Peptique; nous n'en connaissons pas d'observation. Il est probable qu'elle peut exister; mais il est assez curieux de citer cette petite différence symptomatique avec l'ulcère banal que rien n'explique. Ainsi ne citerons-nous

même pas l'hématémèse foudroyante parmi les complications; même les hémorragies occultes, décelables seulement par le Weber sont tout à fait exceptionnelles. "

Et cependant cet aspect de la question avait été signalé par FINSTERER dès 1909. Avant ses premières communications, l'attention des auteurs ne semble pas avoir été attirée par le difficile et parfois angoissant problème que pose cette grave complication.

En effet, en 1906, ni BRAUN, ni GOSSET dans son article de la "Revue de Chirurgie" ne parlent d'hémorragies. Pour MANHES, dans sa thèse (Lyon 1925), l'Ulcère Peptique saigne peu et la réaction de Weber est exceptionnellement positive.

C'est en 1921 que LOEWY dans sa thèse inspirée par GOSSET signale l'existence d'une forme hémorragique d'Ulcère Peptique exclusivement révélée par un mélasena récidivant.

En 1931, au Congrès de Chirurgie, GOSSET et LERICHE rapportent un certain nombre de cas d'hémorragies importantes. Mais elles n'ont pas été jugées assez graves pour qu'une place leur soit réservée parmi les complications majeures des Ulcères Peptiques aux côtés des

perforations et des fistules gastro-jéjuno-coliques .

Dans la "Revue de Chirurgie" de 1933, CLAVEL réunit quelques observations éloquentes et isole les "Formes hémorragiques de l'Ul-cère Peptique post-opératoire gastro_jéjunal". Dans la thèse qu'en 1935 il inspire à SIAN; quatorze cas d'hémorragies de grande abon-dance, parfois cataclysmiques, sont relatés.

Il s'agissait le plus souvent d'hématémèse ou de mélaena d'importance telle qu'une intervention dut décidée d'urgence, neuf fois sur quatorze, avec cinq succès mais quatre morts en cours d'interven-tion ou dans les suites immédiates. Lorsque l'exploration per-opéra-toire a été possible, les auteurs ont retrouvé l'origine du saignement: une importante proportion d'érosion vasculaire, en particulier de l'arce de de Riolan. D'ailleurs les cinq succès ont été le fruit d'interven-tions limitées soit à une résection de l'ulcus seul ou de la bouche anastomotique, soit à une hémostase directe des orifices vasculaires béants. Les quatre morts, au contraire, étaient secondaires à des exé-rèses plus complexes portant sur l'estomac et le grêle et parfois même le colon. Aussi les auteurs, adoptant l'attitude de FINSTERER, con-cluaient-ils :

" Lorsqu'on intervient en cas d'hémorragie menaçant la vie, il faut

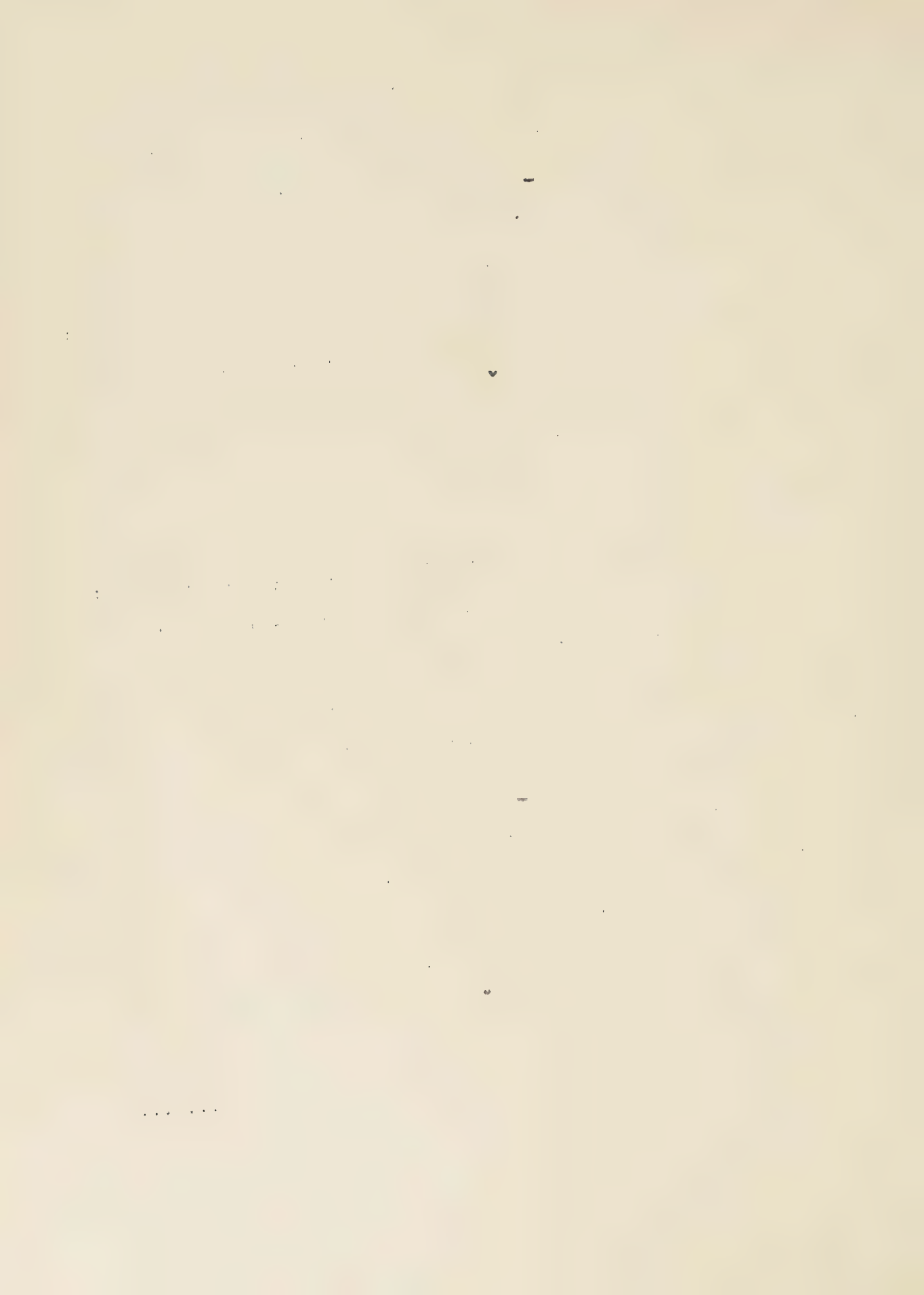
.../...

" se contenter uniquement d'assurer l'hémostase. Mais en dehors de
" la période hémorragique, le but doit être l'opération nécessaire
" pour obtenir la guérison de l'Ulcère Peptique."

Confirmant cette opinion, quelques observations viennent témoigner de la rareté de cette éventualité mais affirmer sa gravité; bien souvent celle-ci imposera un acte opératoire qui, selon les auteurs et les circonstances, est à visée exclusivement hémostatique ou, plus audacieusement, curatrice.

En 1948, Ph. MONOD-BROCA dans sa thèse s'attache à l'étude des formes trompeuses et frustes de l'Ulcère Peptique post-opératoire; il souligne tantôt la défaillance des examens para-cliniques, tantôt la discrétion extrême ou l'absence complète de signes cliniques que l'on est habitué à considérer comme des éléments accompagnateurs quasi constants et même bien souvent annonciateurs de la lésion. Il relate entre autres plusieurs cas d'Ulcères Peptiques secondaires à des Gastro-Entérostomies, brutalement révélés par une hémorragie de moyenne et fréquemment même de grande abondance, sans que le malade ait ressenti la moindre douleur, ni parfois même éprouvé le moindre trouble digestif depuis l'intervention initiale. Ph. MONOD-BROCA souligne

.../...



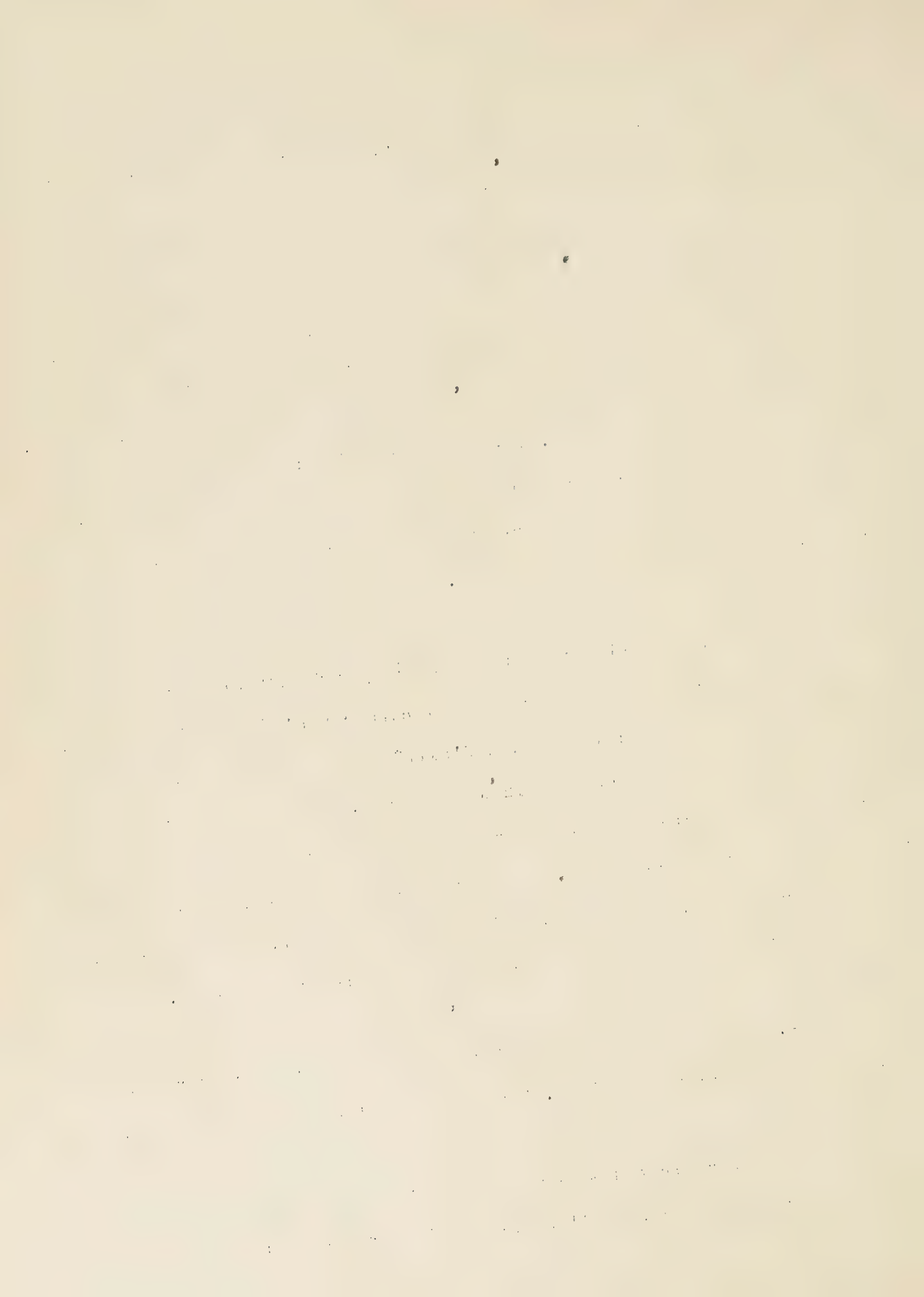
combien les difficultés de la thérapeutique sont alors aggravées par les incertitudes du diagnostic.

Progressivement les indications opératoires au cours des grandes hémorragies des ulcères peptiques post-opératoires ont été précisées. La réanimation et l'anesthésie ont permis d'exécuter un acte chirurgical logique avec une plus grande sécurité ce qui amène GARDE à écrire, dans sa thèse (Lyon 1955), inspirée par SANTY : "Ces deux observations où l'indication opératoire a été portée à temps ne confirment pas l'impression de gravité que l'on retrouve dans la littérature à propos de l'Ulcère Peptique hémorragique grave."

Cette opinion optimiste est confirmée par SAMAIN et surtout par PATEL et LATASTE; ces auteurs rapportant cinq cas d'hémorragies abondantes ayant nécessité une intervention d'extrême urgence et quatre une intervention après réanimation de 12 à 24 heures, déclarent que : "les reprises ou gastrectomies secondaires pour des ulcères peptiques hémorragiques ne sont pas de , les mauvais pronostic que pour les ulcères banaux hémorragiques", mises à part bien entendu les difficultés techniques fréquentes qui sont souvent le fait de ces réinterventions.

Certes, ces hémorragies très abondantes semblent assez rares à en croire les observations publiées. Nous en rapportons six cas inédits.

Nous avons recherché les publications récentes sur ce sujet. Les auteurs mettent assez souvent l'accent sur les problèmes thérapeutiques



qu'elles soulèvent, lorsqu'elles mettent en danger la vie du malade par leur abondance.

Nous essayerons de préciser si ces problèmes sont différents de ceux posés au clinicien; au radiologue, au thérapeute, par les grandes hémorragies des ulcères gastro-duodénaux.

— ; — : — : — : — : — : — : — : — : — : — :

- E T I O L O G I E -

1°) Un fait est d'entrée frappant :

Presque toujours les malades sont :

- du sexe masculin.

- jeunes (de 25 à 45 ans)

Si 2 fois sur 6, dans la série de cas inédits que nous rapportons, il s'agit de sujets d'origine méditerranéenne, nous ne pouvons en tirer aucune conclusion.

2°) Sans tenir compte des ulcères aigus précoces, ces hémorragies abondantes ne sont pas toujours survenues dans les années qui suivent l'intervention initiale. Six fois, nous avons observé des délais de 10 ou 12 ans ou même davantage.

Même parmi les ulcères récidivants précoces, nous n'avons pas isolé de syndrome de Zollinger.

A l'époque où furent publiées les premières observations, le

Professeur L. LEGER ne l'avait pas encore fait connaître en France.

Parmi les cas plus récents rapportés, nous n'avons pas noté d'hypersécrétion gastrique très accusée.

Les malades qui ont été suivis un temps suffisant n'ont pas présenté de récurrence ulcéreuse comme c'est la règle semble-t-il dans le syndrome de Zollinger.

3°) Parmi les cas rapportés, nous n'avons pas d'exemple où cet accident soit secondaire à une gastrectomie type PEAN ou à des plasties coliques ou grêles, qui ont cependant donné lieu à des ulcères récidivants.

- Neuf fois, cette grave complication survient après gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale et pontage trans-mésocolique.

- Dix-sept fois, il s'agit de malades gastro-entérostomisés.

4°) Certes, des maléfices évidentes ont pu être parfois relevées, mais il faut noter la fréquence relative de la gastro-entérostomie associée ou non à une vagotomie comme intervention première dans le traitement de ces ulcères pyloro-duodénaux.

Ce fait prend un relief d'actualité étant donné la faveur nouvelle dont semble jouir le principe de cette intervention conservatrice auprès de certains chirurgiens et surtout des médecins gastro-entérologues.

- S U B S T R A T U M A N A T O M I Q U E -

1°) LE SUBSTRATUM ANATOMIQUE DES GRANDES HÉMORRAGIES DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX EST CONNU.

De nombreux travaux y ont été consacrés par WILMOTH et PAPIN en 1933, TIXIER et CLAVEL en 1935, MOYSON et SCOVILLE en 1955, PICARD et KERNEIS en 1959, pour ne citer que quelques auteurs.

A l'origine de l'hémorragie, on retrouve deux causes :

- l'érythrodiapédèse
- l'effraction artérielle

- 1) Les caractères qui opposent théoriquement l'érythrodiapédèse à l'érosion vasculaire par ulcère angio-térébrant sont classiques. Ils ont pu être notés aussi bien par les chirurgiens que par les endoscopistes ou les anatomo-pathologistes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un suintement sanguin qui sourd des berges de l'ulcère.

Dans le second, il s'agit d'une plaie artérielle.

L'un semble relever d'un traitement médical, l'autre d'un traitement chirurgical.

- 2) En pratique, il est quelquefois assez difficile d'affirmer l'une plutôt que l'autre éventualité : les données du chirurgien et de l'histologiste étant en discordance, comme en témoignent PICARD et KERNEIS :

- soit que l'érosion artérielle observée par le chirurgien ne puisse pas être retrouvée sur la coupe, l'artère étant extra-pariétale,
- soit que, reconnue macroscopiquement, elle apparaisse à l'examen histologique.

2°) LE SUBSTRATUM ANATOMIQUE DES GRANDES HÉMORRAGIES DES ULCÈRES PEPTIQUES POST-OPÉRATOIRES EST MOINS BIEN CONNU.

-1) En ce qui concerne les ulcères peptiques angio-térébrants, les examens per-opératoires et macroscopiques peuvent révéler l'effraction vasculaire. C'est alors la certitude.

-A) Le chirurgien se trouve en présence d'un ulcère térébrant dans le méso-colon transverse le plus souvent :

- au fond du cratère ulcéreux
- un jet de sang rouge d'origine artérielle
- évident
- ou masqué momentanément si l'on modifie les rapports

de l'ulcère avec les organes ou mésentères voisins (Obs.N°2)

- jaillit d'un seul ou parfois de plusieurs orifices vasculaires (3 orifices, Obs. N° 8)

- La plupart du temps, il s'agit d'une plaie de la colica média, exceptionnellement de la première arcade jéjunale (Obs. N° 20)

- L'effraction vasculaire porte souvent sur le tronc même de l'artère, parfois intéresse simultanément plusieurs de ses collatérales.

-B) L'anatomo-pathologie microscopique particulièrement pauvre, découvre dans les cas favorables :

—Une lésion vasculaire tangentielle réalisant une véritable plaie latérale, mais aussi une section artérielle franche avec un orifice béant au fond du cratère.

- Entourée par une zone de sclérose réactionnelle au centre de remaniements essentiellement d'ordre inflammatoire.

- Les lésions endartéritiques réalisant une oblitération incomplète y seraient, en principe, moins fréquentes que dans les ulcères gastro-duodénaux.

- (Communication orale du Pr.Agr. LEVILLAIN)

- 2) Même si l'anatomo-pathologiste ne trouve pas les lésions artérielles signalées par le chirurgien, la responsabilité de l'érythrodiapédèse dans cet accident, n'en est pas prouvée pour autant.

.....\.....

.....\.....

- A) Le chirurgien pour se faire une opinion valable devrait pratiquer une large gastro ou jéjunotomie et ceci au sein même du bloc inflammatoire pour aborder clairement l'ulcère lui-même et la région péri-ulcéreuse.

- Ne pas voir d'hémorragie en jet ne constitue pas un signe suffisant :

- le caillot vient peut-être de se former,
- la mise en évidence de la lésion modifie les rapports anatomiques et l'artère est comprimée ou étirée.
- dans ces deux cas, la plaie artérielle peut rester méconnue.

- L'examen devrait donc être très attentif et prolongé pour que l'on puisse constater la transsudation sanguine péri-ulcéreuse et éliminer la plaie artérielle.

Ces explorations ne semblent pas avoir été pratiquées dans les observations que nous avons pu recueillir.

- B) L'anatomo-pathologiste devra exécuter des coupes en séries, faire un examen minutieux de la pièce pour être certain de ne pas méconnaître l'association possible d'une effraction artérielle.

3°) Quant au SUBSTRATUM ANATOMIQUE DE L'HEMOSTASE, il est le fait du caillot dans l'érosion vasculaire, qu'il obture une plaie latérale ou la lumière béante d'une artère : c'est dire sa fragilité. En ce qui concerne l'érythrodiapécèse, le problème semble encore plus obscur.

4°) Notons enfin l'éventualité rare d'ULCERFS PEPTIQUES DU MOIGNON GASTRIQUE TEREBRANT DANS LE PANCREAS (Obs. N° 22-26 de GERMAIN et DELANNOY) et compliqués d'hémorragies très abondantes.

L'effraction vasculaire ne semble pas avoir été constatée par le chirurgien.

Quant à l'examen microscopique, il paraît dans ce cas toujours irréalisable, hormis bien entendu la nécropsie.

5°) LES CAUSES D'ERREUR SONT DONC NOMBREUSES DANS LA DIFFERENCIATION DES DEUX FORMES ANATOMIQUES D'HEMORRAGIE.

Il arrive même assez souvent que l'examen histologique soit sans valeur ou impossible, les lésions après de nombreuses manipulations devenant ininterprétables ou bien le fond de l'ulcère térébrant dans le méso-colon par exemple ayant été laissé en place.

Devant ces difficultés, les résultats négatifs des coupes en série laissent la préséance à la simple affirmation opératoire.

De plus, dans nos observations, nous ne bénéficions pas des

données macroscopiques fournies par l'endoscopie, cet examen n'ayant été fait qu'une seule fois à notre connaissance, alors que sa pratique est moins exceptionnelle en matière d'hémorragie grave secondaire aux ulcères gastriques hémiques, dans certains pays tout au moins.

Si éventuellement une issue fatale survenait avant toute intervention chirurgicale, il serait intéressant de faire un prélèvement nécropsique d'un seul bloc passant au large des lésions.

Ces difficultés expliquent sans doute la part importante d'hémorragies abondantes secondaires à des ulcères peptiques dont le substratum anatomique reste ignoré.

- E T U D E C L I N I Q U E -

Les hémorragies secondaires à ces deux lésions anatomiques différentes présentent-elles des caractères particuliers qui permettent de superposer les deux formes cliniques aux deux formes anatomo-pathologiques ? Peut-on, se basant sur cette étude, décider de l'opportunité d'un traitement médical pour l'une et juger l'intervention chirurgicale chez l'autre ?

Le schéma classique mais combien théorique permettant de distinguer l'érosion artérielle de l'érythrodis-écèse au cours des hémorragies graves des ulcères gastro-duodénaux est encore plus illusoire en ce qui concerne les ulcères peptiques.

1°) MEME SI L'ULCERE PEPTIQUE EST CONNU, par ses douleurs très vives et tenaces, ses troubles du transit, son atteinte marquée de l'état général, même si un examen radiologique récent objective une niche typique, ces

hémorragies sont tellement variables dans leurs caractères que toute distinction est impossible à établir.

- A) Classiquement, l'ulcère angio-térébrant donne lieu à une hémorragie de grande abondance. C'est la "fistule artérielle" de DELORE.

1°) Dans certains cas (Obs. N° 8) on retrouve dans les jours qui précèdent l'accident de petites hématurées répétées semblent annoncer la grande hémorragie.

2°) Par contre, dans d'autres (Obs. N° 7) le drame éclate sans que la moindre hématurée puisse être retrouvée, sans que la moindre malaise dans les jours précédents permettent de suspecter la possibilité d'un mélaena passé inaperçu.

3°) Enfin effraction artérielle n'est pas nécessairement synonyme d'hémorragie cataclysmique, comme en témoignent les observations N° 4 et N° 9.

- B) L'érythrodiapédèse peut, elle aussi, semble-t-il, donner lieu à des hémorragies de très grande abondance survenant brutalement (Obs. N° 1)

Quelle que soit son origine anatomique, la perte sanguine peut donc être importante, survenir d'emblée ou être précédée de petites hémorragies.

Même lorsque l'ulcère peptique est connu et que toutes les conditions idéales à un diagnostic étiologique précis semblent être réunies, la distinction entre l'érythrodiapédèse et l'effraction vasculaire paraît impossible.

Même si cet accident survient à l'acmé d'une poussée évolutive - ce qui est loin d'être constant - les caractères de l'hémorragie sont très variables. Leur étude n'apporte aucun renseignement.

Les signes cliniques et para-cliniques reflètent le degré de la spoliation sanguine ne sont, en outre, d'aucun secours.

2°) FORMES HÉMORRAGIQUES GRAVIS INEPUENTES.

Elles se présentent de deux façons :

1°) Tantôt l'hémorragie cataclysmique est précédée de petits saignements.

Ph. MONOD-BROCCA, en 1948, rapporte plusieurs cas (Obs.N°10) et Obs. N° 12) où la douleur bien classique de l'ulcère peptique manque. Mais chez ces malades, des hémorragies répétées, à type d'hématémèse ou méléna, aboutissent, à plus ou moins longue échéance, à un accident hémorragique grave.

FINSTERER et PORCHER rapportent deux observations analogues (Obs. N° 11 et Obs. N° 13).

L'observation N° 3 (DR. RENE) est identique.

Dans ces différents cas, si la douleur fait défaut, des hémorragies, d'abondance variable, ont précédé l'accident

qui a imposé l'intervention.

2°) Tantôt (Obs. N° 15 et N° 14) de BERGERET et STOLTZ.

L'hémorragie brutale et très abondante vient frapper un sujet en pleine santé, sans aucun saignement préopitoire.

Aucun signe clinique alarmant ou inquiétant par sa ténacité n'a poussé le malade à consulter depuis son opération. Le diagnostic devient difficile; ne pouvant s'appuyer sur aucun des exens complémentaires habituels. L'hémorragie massive apparaît alors comme l'accident initial et révélateur d'un ulcère peptique dont la réalité anatomique est précisée par l'intervention et même l'examen microscopique.

Certes l'on retrouve bien quelquefois et à posteriori un certain nombre de signes cliniques vagues, peu évocateurs, tels qu'un vomissement isolé, un épisode diarrhéique transitoire, qui n'ont pas attiré l'attention du malade; mais ces ulcères peptiques n'avaient pas occasionné jusque là ni douleur, ni hémorragie, et n'avaient pas, semble-t-il, retenti sur l'état général.

Ces formes silencieuses, pratiquement indolentes, évoluant jusqu'à l'hémorragie, ainsi que le signale NAEGELI, paraissent aux yeux de BOLIÉ, justifier, par leur fréquence, un contrôle radiologique post-opératoire systématique.

Il nous a paru intéressant de rapprocher de ces deux cas les observations (N° 1 et N° 2) du Service de Chirurgie de l'Hôpital de la Croix Saint-Simon.

Elles sont pratiquement superposables aux précédentes par leur absence de toute symptomatologie avant l'accident révélateur de l'ulcère peptique. Pas de douleurs, pas de troubles notables du transit, pas d'hémorragies constatées par le malade dont l'état général est bien conservé. L'exécution d'un Dragstedt est le seul élément physiopathologique qui différencie ces observations des précédentes.

Malheureusement ces deux malades sont entrés à l'hôpital en urgence, dans un état grave. Il ne nous a donc pas été possible de faire la preuve biologique de la réalité d'une vagotomie vraiment totale.

Certes les malades observés par BEPGERET et STOLTZ qui avaient subi une simple gastro-entérostomie n'accusaient aucune douleur.

Il est cependant possible d'entrevoir le rôle de la vagotomie dans l'évolution silencieuse de ces ulcères peptiques si l'on rapproche ces observations de celles de WEEKS. Cet auteur a observé une perforation d'ulcère duodénal strictement indolente entraînant la mort d'un malade vagotomisé qui venait, il est vrai, de subir une sympathectomie thoraco-lombaire bilatérale.

3°) ULCERES PEPTIQUES AIGUS PRECOCES COMPLIQUES D'HEMORRAGIES TRES ABONDANTES.

1°) Exceptionnellement elles peuvent être le fait de ces ulcères peptiques transitoires précoces qui, survenant entre quinze et six mois après l'intervention, disparaissent ensuite spontanément, ainsi que le signale PORCHER (Obs. N° 21)

MAYO pense à des ulcus de la ligne de suture et BARRAYA parle d'ulcères de rodage.

2°) Mais bien souvent un processus ulcéreux aigu, atteignant vite son terme évolutif, paraît être responsable de la survenue de ces ulcères dans les jours ou les semaines qui suivent l'intervention. Dans ces formes elles-mêmes très graves, certaines lésions ont un génie particulièrement sévère, ainsi que le prouvent trois observations :

de GERMAIN (Obs. N° 22)

de PELANNOY et LAGACHE (Obs. N° 23)

de HOLLENTER (Obs. N° 24)

Avons nous le droit de rapprocher de ces cas l'observation (N° 5) que le Pr. Agr. J.L. LORTAT-JACOB et le Dr. C.A. RICHARD ont bien voulu nous confier ?

SI dans cette observation le processus ulcéreux n'a pas paru aussi rapidement évolutif que dans les précédentes observations, il semble bien que la réapparition quasi immédiate de douleurs intenses, l'évolution progressivement inéluctable de la maladie, l'importance des lésions anatomiques puissent permettre de classer ce cas aux

côtés de ceux précédemment rapportés.

4°) Signalons enfin ceux FORMES ANATOMO-CLINIQUES EXCEPTIONNELLES où s'intriquent de façon inhabituelle deux manifestations de la lésion artérielle.

- L'HEMORRAGIE INTRA-PERITONEALE MASSIVE compliquant la perforation en péritoine libre d'un ulcère peptique.
J. RIOU dans sa thèse en rapporte un cas (Obs. N° 28)
Il s'agit là d'une cause absolument rarissime d'hémopéri-
toïne.
- LE SPHACLE ISCHEMIQUE DU COLON TRANSVERSE (10 cas)
compliquant une hémorragie très abondante d'un ulcère
peptique angio-térébrant. (Obs. N° 29)

- L'HEMORRAGIE

ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE DE SON ABONDANCE ET DE SA GRAVITE

Les signes cliniques ne permettent donc pas de différencier les deux formes anatomiques de l'hémorragie.

Dans quelle mesure permettent-ils d'apprécier son abondance et sa persistance qui, par leur conjugaison, font la gravité de cet accident ?

1) EN PRESENCE DE CETTE HEMORRAGIE ABONDANTE LE CLINICIEN VA CHERCHER A PRECISER LE DEGRE DE LA PERDITE SANGUINE.

Il s'agit ici fréquemment d'un saignement d'origine jéjunale. L'hémorragie n'est bien souvent qu'incomplètement extériorisée : l'hématémèse, signe fréquent, ne témoigne que du reflux sanguin gas-

.../...

trique; le délai est bien trop tardif.

1°) Il est des tableaux qui ne laissent aucun doute :

Un malade est hospitalisé ou parfois opéré mourant. Une saignée transitoire témoigne de l'anoxie des centres cérébraux. Une hémarténose très importante associée à une émission de sang rouge rutilant par l'anus explique un tableau clinique très alarmant (Obs. N° 11). De toute évidence, la situation est dramatique.

Ces cas semblent cependant très rares.

2°) Bien souvent en effet, malgré la sévérité de l'accident, l'interrogatoire du malade ou de son entourage est possible, les examens cliniques usuels pourront être pratiqués.

A)- L'unité de mesure habituellement utilisée par le malade ou son entourage est "la cuvette" ou "la serviette". Mais l'inquiétude ou l'affolement aidant, la contenance et la réplétion de l'une, le degré d'imbibition et le nombre de l'autre varient avec les différents temps de l'interrogatoire et les différents témoins.

Ces renseignements donneront une idée qui risque fort d'être erronée.

B)- Les signes objectifs "courants" ne sont pas fidèles.

a) Sans attendre la lividité cyanique, l'aspect cendré des téguments, un examen rapide permet de constater la pâleur d'un malade plus ou moins obnubilé, la décoloration de ses muqueuses, le refroidissement de ses extrémités, le rythme rapide de sa respiration.

.../...

Tous ces signes classiques sont fréquents dans de nombreux Tableaux d'origine diverse d'une part; et d'autre part, à un examen unique, l'appréciation de leur intensité est bien difficile et n'a que peu de valeur.

b) Trois signes cependant doivent être retenus :

- la soif intense
- la diminution de la diurèse horaire.
- les sueurs profuses.

Mais le premier est un signe subjectif variable avec l'angoisse ou l'agitation du malade. Le second, plus fidèle et témoin de l'insuffisante vascularisation d'un parenchyme noble exige un examen de une ou deux heures au moins. Quant aux sueurs, elles sont évocatrices d'une reprise non encore extériorisée de l'hémorragie chez un malade dont la spoliation sanguine était déjà importante.

c) Les variations du pouls et de la tension artérielle font partie du tableau classique. Ils sont des éléments intéressants. Reflets de la spoliation sanguine,

- un pouls petit, rapide, filant, mal frappé surtout
- une tension artérielle basse au-dessous de 8/6

évoquent une hémorragie abondante.

Mais l'un et l'autre sont plus ou moins masqués par les phénomènes périphériques et cardiaques compensateurs dont la stabilité est d'ailleurs précaire.

Cet examen clinique ne va donc nous donner qu'une impression d'ensemble sur l'aspect du malade, altération de la respiration et de la conscience.

Parmi tous ces signes, il nous faut retenir cependant la fréquence et la qualité du pouls ainsi que la valeur de la tension artérielle qui, selon SOULIER, sera en définitive un des meilleurs guides, les chiffres de la minima et de la différentielle tout spécialement.

Parmi les signes cliniques bien classiques des déglobulisations aiguës, beaucoup en fait ne sont, comme le disait MONSAINGEON, que des impressions d'interprétation difficile. De plus, reflets de la décompensation qui peut être brutale, imprévisible et parfois irréversible, ils peuvent n'apparaître qu'avec un retard non négligeable.

11) DANS QUELLE MESURE LES EXAMENS DE LABORATOIRE VONT-ILS PERMETTRE DE PALLIER L'IMPRÉCISION DES RENSEIGNEMENTS PRÉCÉDENTS ?

1°) Il est des examens traditionnels. La numération globulaire le taux d'hémoglobine, l'hématocrite sont bien souvent effectués systématiquement en urgence. Méritent-ils une telle faveur?

Demandés à l'arrivée du malade, ces examens usuels fourniront des résultats d'autant plus trompeurs qu'ils ont été pratiqués plus précocement.

a) La numération globulaire, le taux d'hémoglobine ne sont véritablement fidèles qu'après les 24 premières heures d'hypoglobulie qui succèdent à l'accident hémorragique. Ils sont le reflet

de l'hémodilution, phénomène physiologique compensateur qui, débutant après l'accident, ne se termine que 75 à 95 heures plus tard.

Très vite, en effet, l'eau, les protides et les métabolites de réserve, venus des espaces extra-cellulaires tendent à reconstituer le volume du plasma perdu. Mais ces phénomènes s'étalent sur plusieurs jours et il est bien évident qu'attendre un résultat exact serait perdre un temps précieux :

Une numération globulaire pratiquement normale dans les instants qui suivent l'hémorragie, révélerait paradoxalement une chute des hématies alors que l'hémostase est spontanément effectuée. Ces différents examens sont, en effet, l'expression de la concentration en globules rouges du sang total circulant et le degré exact d'anémie ne peut être connu qu'après hémodilution compensatrice définitive.

b) Parmi les tests habituellement utilisés, l'hématocrite semble celui dont la technique est la plus précise, les résultats les moins trompeurs dans une période allant du second au troisième jour de l'hémorragie.

En effet, il traduit seulement le rapport du volume globulaire au volume sanguin. Mais, comme la numération, il ne donne une idée de l'importance du saignement que si le rapport se modifie, que si le volume globulaire s'abaisse en même temps que le volume plasmatique se régénère et reconstitue le volume sanguin total. Et de même que pour les précédents examens, on reste dans l'ignorance du degré et de la date de la reconstitution du volume circulant total.

c) Ce sont ces imperfections qui ont poussé CAZAL, JENKINS ainsi que GRANT et REEVE à établir des graphiques et des formules qui,

se basant sur les résultats de l'héoglobuline, de l'hématocrite et de la numération, permettent de juger approximativement de la déperdition sanguine. Toutefois, de même que les différents examens sur lesquels ils reposent, ces barèmes sont sujets aux mêmes critiques essentielles.

En conclusion, ces examens usuels n'expriment que des concentrations. Il faut pour qu'ils soient justes que l'hémoculation soit achevée et que l'hémorragie soit arrêtée.

2°) Il est des examens théoriquement satisfaisants. Sont-ils réalisables en pratique journalière d'urgence ?

La mesure des différentes masses circulantes totales est un examen délicat qui risque encore de rester de peu d'intérêt dans ces états hémorragiques aigus. Les possibilités de stockage d'une partie du volume sanguin dans des portions de lit vasculaire à circulation ralentie, mais surtout la continuation de l'hémorragie constituent autant de causes d'erreur.

Il existe différentes méthodes, qu'il s'agisse des volumes plasmatiques ou globulaires circulants, il semble que la mesure du volume sanguin total (par la technique des hématies marquées au chrome 51 tout particulièrement) soit susceptible de fournir un élément d'appréciation objective et indiscutable du degré de déperdition sanguine.

Cet examen est relativement simple, inoffensif, la durée de vie du chrome 51 étant brève et les doses injectées infimes; il est enfin rapide. Mais il est nécessaire cependant d'avoir une technique minutieuse, un personnel entraîné et un laboratoire d'isotope. Sa vulgarisation dans un avenir immédiat paraît difficile.

III) CONCLUSION

L'imprécision relative des signes cliniques et de la plupart des examens de laboratoire ou la difficulté pratique de certaines investigations expliquent sans doute la phrase de MONSAINGEON :

"Tous les procédés de mesure, tous les éléments objectifs seraient les bienvenus dans un sujet où depuis trop longtemps les chirurgiens ont été invités à prendre des décisions graves lourdes de conséquences sur de simples impressions ou d'après des opinions systématiques."

Qu'il s'agisse d'une hémorragie incomplètement extériorisée par une lésation ou un pélaena, ou d'un tableau d'hémorragie interne, ces différents éléments ne permettent pas d'apprécier avec exactitude le degré de spoliation sanguine, ni de faire le point momentané exact de l'hémorragie.

En outre, ils ne pourront en aucun cas, nous renseigner au départ sur l'avenir de cette hémorragie abondante, sur son potentiel évolutif : sur sa gravité.

Mais ils seront, néanmoins, utiles pour établir un "programme des besoins" et un schéma grossier de la ligne de conduite de la réanimation.

- L' A P P O R T D E L A R E A N I M A T I O N -

De toute façon, que l'ulcère peptique soit connu ou inconnu, suraigu, précoce ou compliqué, l'hémorragie dont la grande abondance est évidente ou probable impose une réanimation immédiate du malade.

Les principes et la technique de cette réanimation ne sont pas propres aux grandes hémorragies des ulcères peptiques.

Néanmoins, l'intérêt de cette méthode est tel qu'il faut les rappeler brièvement.

I) LA TRANSFUSION SANGUINE EN CONSTITUE LE MATERIEL DE BASE.

1°) Certes l'on connaît l'intérêt des traitements adjuvants souvent indispensables dans certains cas particuliers, tels que l'oxygénothérapie, les calmants, la mise en position déclive, et plus accessoirement les toni-cardiaques et le réchauffement.

Ils apportent quelquefois une aide précieuse pour franchir un cap difficile, mais fréquemment les troubles pour lesquels on les administre paraissent plutôt justiciables d'une transfusion sanguine

plus importante, ces accidents étant souvent le fait d'une déglobulisation mal compensée.

La perfusion de sang isogroupe doit donc être d'emblée et systématiquement mise en oeuvre.

2°) Cependant, les travaux de GRENET et LEMOINE soulignent la réparation relativement rapide de la masse plasmatique, au côté de la spoliation globulaire très lentement corrigible.

JAULIN et ANDRE vont jusqu'à dire que "c'est gâcher du plasma que de transfuser du sang total en pareil cas".

C'est pourquoi il sera utile de prévoir en plus des flacons de sang conservé, des quantités variables de globules déplasmatés.

Cet apport globulaire pur paraît chez ces malades d'autant plus précieux qu'il s'agit assez souvent de gastrectomisés qui, ainsi que l'ont montré FAUVERT et HARTMANN, présentent une importante diminution de l'hémoglobine totale circulante apparemment due à un trouble de la synthèse des constituants protéiques de l'hémoglobine. Ce qui diminue d'autant en période hémorragique les possibilités de réparation du capital hémoglobinique de ces malades.

3°) En fait, sachant ainsi la nécessité d'utiliser sang et globules déplasmatés en quantité et proportion qu'il lui sera pratiquement impossible de prévoir dès le début de sa transfusion, le réanimateur devra surtout éviter l'écueil de sous-estimer la déperdition sanguine dans ces hémorragies incomplètement extériorisées. Si les accidents de surcharge sont connus, l'erreur par défaut est dans ces cas

beaucoup plus fréquente que l'erreur par excès.

11) MIEUX QUE LES SIGNES CLINIQUES, PLUS VITE ET PLUS EXACTEMENT QUE LES EXAMENS DE LABORATOIRE, la réanimation va nous faire connaître le degré initial de déperdition sanguine grâce aux quantités de sang qui seront nécessaires à sa compensation.

ELLE DOIT ETRE PRECOCE ET SUBSTITUTIVE. (MERCADIER)

1°) Il faut l'entreprendre dès l'arrivée du malade, sans attendre les résultats des examens de laboratoire.

Toute spoliation sanguine supérieure à 20% de la masse totale circulante s'accompagne d'un collapsus cardio-vasculaire dont les conséquences physio-pathologiques peuvent être très graves. Une vaso-contriction préférentielle préserve plus ou moins longtemps les circulations encéphalique et myocardique. L'hypoglobulie retentit au niveau de l'aire splanchnique et singulièrement au niveau du foie et des reins créant pour ces parenchymes un non négligeable degré d'anoxie.

En effet, pour une masse sanguine diminuée de moitié, le débit rénal qui normalement représente le 1/4 du débit cardiaque, soit un litre par minute, tombe à 100 cm³.

Claude DUBOST rapporte l'opinion de LE VEEN :

"La pression dans l'artère hépatique devient presque nulle en cas de fuite dans le système coelique".

Ces faits sont peut-être entre autres à l'origine de l'irréversibilité de certains états hémorragiques graves et paraissent en tout cas rendre compte de la survenue possible de l'insuffisance hépato-rénale aiguë.

2°) Il semble en outre, qu'à l'heure actuelle l'unanimité se fasse sur le principe de la transfusion substitutive. Le sang n'a aucune valeur hémostatique. Il n'a qu'une valeur substitutive (TZANCK - SOULIER)

La transfusion de sang conservé, qui est la forme la plus usuelle, la plus pratique et dont la qualité n'est plus discutée, apporte au malade du plasma et des globules rouges, mais l'action des leucocytes et des plaquettes est illusoire. C'est ce qu'affirme sans détour CAZAL :

"Les petites transfusions dites hémostatiques ou stimulantes ne reposent que sur un mythe".

L'action remarquable de la transfusion sanguine, dit-il encore, est uniquement le remplacement d'un produit manquant. Pour qu'elle agisse, il faut qu'elle apporte le produit manquant en quantité égale au déficit.

3°) De plus, la réanimation paraît pouvoir être utilement associée à l'aspiration gastrique. Cette pratique que MOYSON et SCOVILLE proposent semble également sans danger aux yeux de LORTAT-JACOB lorsqu'il parle du traitement des hémorragies graves des ulcères gastro-duodénaux. Mais il s'agit ici d'ulcères peptiques post-opératoires.

L'aspiration permet cependant de mesurer au moins partiellement les pertes et de mieux les compenser, d'autre part, d'apprécier la

cessation ou la reprise du saignement avant son extériorisation clinique, s'il s'agit de sang rouge témoin du reflux gastrique d'une hémorragie encore en cours ou qui reprend.

Parcontre, l'aspiration de sang brunâtre ne permet pas d'affirmer l'arrêt de l'hémorragie jéjunale, l'ulcère peptique pouvant être à plusieurs centimètres en aval de l'anastomose, ou bien le reflux sanguin dans l'estomac ou son voisinage pouvant ne pas avoir lieu.

Cette vacuité gastrique favorisera, en outre, la tâche ultérieure du radiologue ou du gastroscopiste, si l'en juge utile d'y avoir recours.

"Précoce et substitutive" (MERCADIER), tels sont donc les deux impératifs qualitatifs auxquels doit satisfaire cette réanimation.

4°) Comment conduire cette réanimation?

La plupart des auteurs paraissent d'accord sur la nécessité de transfuser d'autant plus vite que l'état du sujet est plus sévère.

GERMAIN dit :

"Il faut transfuser vite et fort".

Au tout début de cette réanimation, les chiffres de 1.500 à 2.000 cc. en une ou deux heures devraient être très courants. Ce qui est indispensable, c'est de donner une quantité de sang nécessaire à restaurer une tension artérielle légèrement inférieure à la tension normale du sujet.

Lorsqu'il y a menace d'anoxie tissulaire, les risques de reprise de l'hémorragie sous transfusion ne doivent pas faire interrompre la réanimation. A ce propos, citons les intéressantes expériences de SACHS pratiquées sur quinze chiens soignés à blanc par section d'artères né-

sentériques. En examinant à la loupe binoculaire la tranche de section artérielle mésentérique, il constate que les caillots formés spontanément supportent une augmentation de pression par transfusion sanguine passive, même quand celle-ci dépasse le niveau initial. Mais il s'agit là d'artères normales, souples, différentes des artères érodées par les ulcères peptiques qui sont enserrés dans un tissu sclére-inflammatoire.

5°) La compensation rapide de l'hémorragie grave corrige donc l'anoxie aigue dont la durée et l'importance seront d'autant plus réduites que la transfusion aura été plus précoce et plus abondante.

Lorsque l'urgence vitale n'est plus au premier plan, le débit de la perfusion peut être ralenti.

Cette réanimation tend alors, grâce à une perfusion plus lente de sang isogroupe, à maintenir dans son intégrité la masse globulaire et la volémie.

A ce stade, l'apport transfusionnel aura été d'abondance variable. Le degré de déperdition sanguine sera donc maintenant connu avec plus de précision.

11) LA REANIMATION SUBSTITUTIVE DOIT ETRE POURSUIVIE :

C'est de son évolution soigneusement étudiée et surveillée que découleront alors les indications thérapeutiques.

Elle seule, dans une seconde phase d'observation, va nous permettre d'apprécier la gravité véritable de l'hémorragie :

- son évolution sous transfusion

1°) Les examens cliniques et para-cliniques sous transfusion sont maintenant plus riches en enseignements. C'est la comparaison de leurs résultats successifs d'un instant à l'autre qui sera utile au réanimateur.

- le rythme respiratoire, la pâleur et surtout la soif se modifient.
- La modification de la diurèse horaire, l'apparition de sueurs abondantes vont être des guides précieux dans la conduite du traitement.
- L'étude comparée du pouls et de la tension artérielle va être maintenant très intéressantes.

Bien qu'expriment encore avec imprécision ou trop tard les fluctuations de l'hémorragie, les variations sous transfusion de ces différents éléments donnent cependant une impression qualitative de l'évolution de la maladie.

2°) Adaptée aux besoins du malade, cherchant à conserver une tension artérielle stable au-dessus de 10; une numération qui ne soit pas inférieure à 3 millions, elle sera réglée selon les fluctuations de l'hémorragie distribuant ainsi du sang en quantité que l'on voudrait égale aux pertes.

Le volume de sang nécessaire constitue ainsi la seule appréciation quantitative possible reflétant l'évolution de l'hémorragie.

3°) Les renseignements qu'elle apporte : Il est possible, grâce à un apport sanguin suffisant pour effacer en quelques heures tout signe de décompensation et empêcher le retour, d'avoir la certitude d'une hémostasie spontanée ou, au contraire, de la reprise ou de la continuation de l'hémorragie.

La majorité des chirurgiens anglo-saxons estiment que la plus juste évaluation de l'importance de la déperdition sanguine est donnée par le rythme et le volume du sang nécessaire à la compenser et à la maintenir compensée. C'est pourquoi, ils déclarent grave toute hémorragie qui nécessite plus de 2,5 litres dans les 12 premières heures et ensuite plus de 500 cm³ par tranches de 8 heures.

MERCADIER d'ailleurs résume ainsi ses avantages :

"Elle permet en peu de temps et avec précision de juger clairement le rythme de l'hémorragie, car on lit son reflet dans la courbe du débit de perfusion nécessaire à juguler le choc.

" Elle n'engage pas l'avenir et ne l'hypothèque d'aucun retard. Si l'hémorragie s'arrête et qu'on s'abstient, elle l'a vite réparée. S'il devient évident qu'elle dure, forçant à l'intervention, celle-ci sera pratiquée sur un malade bien compensé.

" Elle rend possible en cas de besoin les investigations diagnostiques complémentaires".

4°) Ses résultats :

La durée de cette thérapeutique sera variable avec l'évolution spontanée de l'hémorragie qu'elle compense.

La réanimation substitutive est mise en échec lorsque l'hémostase spontanée ne se fait pas vite et solidement. Plusieurs éventualités sont possibles :

- Après la 36ème heure, la conservation d'une masse sanguine circulante dont témoignent des signes cliniques et para-cliniques stables à des taux subnormaux nécessite encore d'appréciables quantités de sang. L'hémorragie persiste.
- Ou bien, à plus ou moindre distance du terme de ce délai, un apport sanguin restreint s'avère indispensable au rétablissement des critères qui paraissent stables et rassurants. L'hémostase était précaire. L'hémorragie a repris.
- Plus rarement enfin, après une tentative de une à trois heures, la compensation s'avère vite irréalisable. Cette éventualité paraît être dûe plus souvent au retard apporté initialement à la transfusion qu'à l'importance de la fuite sanguine.

Dans d'autres cas, la réanimation substitutive triomphe :

Qu'importe le moment de la survenue de l'hémostase spontanée. Avant la 36ème heure, parfois très vite, la stabilité persiste malgré l'arrêt des transfusions. L'hémorragie est arrêtée.

- D I A G N O S T I C -

Dans certains cas, le diagnostic étiologique n'a pas été porté : l'ulcère peptique reste inconnu. La réanimation ainsi conçue va permettre de disposer de quelques instants supplémentaires pour pratiquer avec une sécurité suffisante un certain nombre d'investigations cliniques et para-cliniques en vue de préciser l'origine de cette hémorragie.

Au long chapitre des causes des grandes hémorragies digestives s'ajoute celui plus restreint des lésions hémorragiques de l'estomac opéré.

C'est dire d'une part la complexité du problème et d'autre part combien ces conditions défavorables au départ vont augmenter les difficultés techniques de ces différents examens.

1) DANS UN PREMIER TEMPS IL FAUTRA S'EFFORCER DE PROUVER L'ORIGINE GASTRO-JEJUNALE DU SAIGNEMENT.

1°) Dans certains cas, un contexte clinique assez typique permet d'évoquer une cause extra-gastrique.

- un gros foie dur avec une splénomégalie, une circulation collatérale, une intoxication alcoolique nette ou avouée font certes penser à une étiologie hépatocirrhosique de cirrhose alcoolique.

2°) En fait le problème est bien souvent moins simple.

- L'association cirrhose et maladie ulcéreuse est pour LÉGER si fréquente qu'un dossier radiologique formel, une Histoire clinique évidente ne permettent pas d'affirmer l'origine ulcéreuse de l'accident.
- Un obstacle sur le système porte est évoqué devant une splénomégalie. Mais elle est souvent difficile à affirmer.
- Parfois une hémorragie d'origine pancréatique s'accompagne d'un contexte peu typique. Il est d'ailleurs fréquent que les malades porteurs de pancréatites chroniques soient gastrectomisés.

Dans bien des circonstances, le doute persiste donc.

3°) Certains examens para-cliniques seront alors d'un précieux secours

La mesure de la pression sanguine par ponction splénique transpariétale, une splénoportographie apporteront des arguments de poids,

qu'il s'agisse de varices cardio-oesophagiennes ou d'une anomalie du tronc porte ou de ses branches.

11) DEVANT LA NEGATIVITE DE CES INVESTIGATIONS, CHEZ CET ANCIEN ULCEREUX OPERE, L'ORIGINE GASTRO-JEJUNALE DE LAHEMORRAGIE PARAIT PROBABLE

1°) Nous ne parlerions pas des hémorragies précoces après intervention gastrique (presque toujours liés à une hémorragie insuffisante des tranches de section), si nous n'avions relevé des ulcères peptiques hémorragiques très précoces.

2°) Qu'il s'agisse d'une hémorragie précoce ou tardive, un ulcère haut situé, une ulcération plane, reconnus au cours de la première intervention et jusque là guéris, plus r revent un ulcère laissé en place après une gastrectomie pour excision ou une gastro-entérostomie, toutes ces lésions posent des problèmes que la clinique seule ne pourra résoudre, tout particulièrement en l'absence d'un compte-rendu opératoire détaillé ou digne de foi.

3°) Les sources possibles d'une hémorragie abondante sont nombreuses, depuis la gastro-jéjunite de la bouche anastomotique jusqu'à l'invagination rétrograde gastro-jéjunale ainsi que WILMOTH et PAPIN en rapportent un cas.

4°) Le plus souvent, le diagnostic précis sera porté qu'à l'intervention. Mais ces lésions sont pour la plupart loin d'être évidentes. Une large gastrotomie suivie d'une exploration méthodique et minutieuse

sera nécessaire, ceci d'autant plus qu'il existe (Obs. N° 1 et N° 11) des ulcères peptiques de petite taille qui sont cependant à l'origine d'alarmantes hémorragies. Les modalités de cette gastropathie sont d'ailleurs difficiles à préciser, la lésion pouvant siéger dans l'étage sus ou sous-mésocolique.

Quelle place alors accorder à la radiographie gastrique d'urgence et à la gastroscopie ?

D'exécution et d'interprétation dans l'ensemble difficile, ces examens exigent la collaboration du spécialiste, du réanimateur et du chirurgien. Ils doivent être pratiqués en milieu chirurgical en présence d'un opérateur prêt à intervenir.

III) LA RADIOLOGIE GASTRIQUE D'URGENCE a surtout été pratiquée avec succès pour mettre en évidence un ulcère gastro-duodénal hémorragique. Cependant, si d'entrée on pense à la lourde proportion d'erreurs commises dans la statistique que rapportent WALTERS et CHANCE au cours d'examens radiologiques pratiqués à froid chez des malades porteurs d'ulcère peptique, l'entreprise va nous paraître sinon périlleuse, tout au moins très difficile et probablement illusoire.

1°) Les risques se blent certes minimes si l'examen est exécuté dans certaines conditions bien précises. Ce sont celles d'un examen pour hémorragie d'ulcère gastro-duodénal. Notons simplement qu'il doit être

exécuté rapidement, sans brutalité, dans pressions instrumentales dans l'espoir de mieux mettre en évidence les lésions.

2°) PORCHER place le malade à 45° et ne lui fait absorber qu'une faible quantité de baryte alors que DELANNOY préconise des radiographies en procubitus et en léger Trendelenburg.

3°) Il ne semble pas que l'on puisse attendre de cet examen technique difficile pratiqué sur un estomac déjà opéré, des renseignements d'une qualité égale à ceux fournis en cas d'hématémèse abondante liée à un ulcère banal. Ceci d'autant plus que la superposition fréquente des deux anses anastomotiques sur les clichés ne pourra être évitée en multipliant les incidences, ni en comprimant la paroi abdominale.

Un espoir cependant : DELANNOY signale que bien souvent l'estomac de grands varicelleux de sang est à peu près vide. De plus SENCE et DELANNOY prétendent que certains ulcères angio-tébrants sont parfois plus visibles en période poussée hémorragique, alors qu'ils sont à l'acmé d'une phase évolutive, que dans les jours qui suivent ou précèdent l'accident hémorragique.

Certesp nous avons noté anatomiquement la relative fréquence des volumineux ulcères peptiques colieux à l'origine des grandes hémorragies? Mais peut-on considérer cette notion comme valable en ce qui les concerne étant donné les différents points anatomo-pathologiques communs avec les ulcères banaux ?

En fait, les cas d'ulcères peptiques ayant entraîné une hémorragie

abondante pour laquelle un examen radiologique d'urgence a été pratiqué sont exceptionnels. Il ne nous a été possible de retrouver qu'une seule observation qui rentre dans le cadre de notre étude. Elle figure dans un article de M.N.ARVAY.

L'auteur rapporte 35 cas de malades examinés en urgence pour des hémotéléèses de grande abondance et signale simplement qu'une fois il a mis en évidence un ulcère peptique de la bouche anastomotique qui était à l'origine du saignement.

4°) Parlant du diagnostic radiologique urgent des hémorragies ulcéreuses, PORCHER soulignait la difficulté de cette investigation malgré l'organisation parfaite des services et la qualité technique de ses collaborateurs. Sa réserve semblait motivée par le petit nombre de résultats franchement positifs à côté du poids singulier des documents radiologiques muets.

La proportion des échecs risque d'être encore plus élevée en matière d'ulcères peptiques.

IV) LA GASTROSCOPIE

I°) Technique :

Elle doit être exécutée en milieu chirurgical toujours sous couvert d'une transfusion adaptée aux besoins.

La préédication importante à base de Diparcol, Péthidine et

Atropine que préconisait DESNEUX en 1955 semble avoir cédé le pas à l'anesthésie générale avec intubation, ces deux éléments étant indispensables à la sécurité de la méthode.

2°) Que penser de ses dangers ?

Les auteurs américains et, en Europe, DESNEUX tout particulièrement, en ont pratiqué un grand nombre et affirment son inocuité. Les varices œsophagiennes saignantes ou non seraient même indifférentes aux manipulations endoscopiques. En France, cependant, on craint que cette méthode ne fasse courir un risque d'aggravation du saignement, la qualité déjà médiocre de la vision en sera d'autant diminuée.

3°) Sa difficulté en période hémorragique est bien connue des spécialistes. Elle va exiger dans le cas présent une grande habitude et une incontestable habileté.

A) En matière d'ulcères gastro-duodénaux, PALMER, ROGERS, TAYLOR, AVERY JONES et DESNEUX fournissent des statistiques éloquentes. L'hémorragie ne semble pas pour ce dernier être un obstacle vraiment majeur.

B) Cependant MOUTIER et DEBRAY paraissent beaucoup moins optimistes au sujet de la qualité de la vision. L'exploration des parois est difficile lorsque celles-ci sont souillées de sang, d'autant plus qu'il s'agit d'un estomac hémorragique dont la muqueuse est bien spéciale par son aspect et l'éclat de la lumière qu'elle reflète (Thèse de NAINTE - 1955).

Si l'on se trouve rarement en présence d'un véritable "lac sanguin" qu'il faudra alors évacuer, les souillures de l'objectif donnant des images floues et nageuses sont fréquentes et, malgré la possibilité "d'essuyer l'extrémité de l'appareil contre la face postérieure du le cardia" comme le signale OBLONSKY, la vision reste souvent mauvaise.

4°) Le problème en matière d'ulcère peptique est encore compliqué par le fait qu'il s'agit d'un estomac opéré, plus ou moins intolérant à l'air. Aux obstacles déjà cités, vont venir s'ajouter les transformations inflammatoires et surtout chirurgicales variables avec le type de l'intervention précédente.

Certes, l'exploration sera d'autant plus aisée en cas de gastrectomie que le moignon gastrique, amputé de toute la région antrale et fundique, se présente sous la forme d'un tronc de cône sans couture, favorable à la vision. En fait, le problème n'est pas au niveau de l'estomac mais au niveau de la bouche anastomotique, l'ulcère étant le plus souvent jéjunal.

Mais l'endoscope ne peut pas franchir l'anastomose souvent postérieure des gastro-entérostomies et va buter dans le cul de sac antérieur de la portion horizontale de la grande courbure.

Parfois même, recouverte par les plis et les bourrelets d'une importante gastrite, la découverte de l'anastomose est impossible.

Mais il arrive aussi que, bien que visible et accessible, la bouche trop étroite ou rétrécie s'oppose au passage de l'instrument, interdisant l'exploration jéjunale/

L'aspect endoscopique de l'ulcère en dehors des périodes hémorragiques est bien connu, mais la gastroscopie d'urgence en période de grande hémorragie ne l'a révélé qu'une fois. Il s'agit d'un cas de SULLENS, cité dans une statistique de MOYSON et, comme nous n'avons pas pu retrouver l'observation initiale, il nous est impossible de dire si l'examen a révélé la lésion elle-même ou si des signes accompagnateurs ont permis de porter un diagnostic de présomption.

V) Si ces examens parviennent à objectiver ou même à faire fortement soupçonner la lésion, leurs résultats auront une valeur énorme pour le chirurgien. Leur négativité n'en peut être cependant pas d'infirmier définitivement l'ulcère peptique. Le diagnostic étiologique précis sera une découverte opératoire.

Mais pour les réaliser dans de bonnes conditions et avoir confiance en leurs résultats, il faut pouvoir disposer d'une organisation matérielle parfaite et surtout du concours de spécialistes très compétents et très entraînés.

- TRAITEMENT CHIRURGICAL -

Lorsque l'hémorragie est arrêtée de façon stable, le maintien en observation stricte pendant quelques jours est justifié par la précarité de l'hémostase.

La récurrence ultérieure toujours possible d'un accident aussi grave est un argument supplémentaire pour intervenir, mais les problèmes posés alors à froid paraissent très particuliers et nous ne les envisagerons pas puisque l'hémorragie ne pose plus en elle-même, de problème spécial.

Lorsque l'hémorragie persiste ou reprend, l'hémostase chirurgicale est nécessaire.

SANTY définit excellentement le but idéal poursuivi par le traitement et les limites imposées par l'état même du malade :

" Le traitement de l'ulcère peptique hémorragique doit tenir compte du pronostic vital immédiat et de l'avenir éloigné. Ces deux buts peuvent le plus souvent être menés concurremment, mais il faut parfois

se rappeler chez des malades à l'état général très précaire que le pronostic vital est au premier plan".

Ceci reste parfaitement valable malgré les progrès de la réanimation.

1) DANS CERTAINS CAS L'ABONDANCE DE L'HEMORRAGIE EST TELLE QUE LE PROBLEME VITAL PASSE AU PREMIER PLAN.

L'INTERVENTION D'URGENCE ASSURE UNE HEMOSTASE RAPIDE ET SURE.

UN GESTE SIMPLE, PEU CHOQUANT, DOIT Y PARVENIR.

1°) La localisation de l'ulcère peptique au niveau de l'anse efférente est fréquente.

- Une jéjunotomie longitudinale de 5 à 8 cm. porte sur une zone souple de l'anse dans la région immédiatement juxta-ulcéreuse. Il faut s'efforcer de le pratiquer en disséquant et en isolant au minimum le bloc lésionnel. Deux écarteurs et un aspirateur doivent permettre de repérer la source du saignement. Un point en X, fil non résorbable de préférence, peut être passé à l'aiguille courbe sertie.

- Pourrait-on même, avant toute jéjunotomie, envisager de lier dans le mésocolon l'artère qui, au contact du bloc ulcéreux, paraît responsable de l'hémorragie ?

2°) De toutes façons, il s'agit d'une intervention de sauvetage, comme une plaie artérielle. Ce simple geste paraît indiqué lorsque cette hémorragie survient chez un malade qui présente des contre-indications d'ordre général à l'exécution d'une intervention longue et difficile (malades en état précaire, tarés, cirrhotiques ou insuffisants respiratoires).

Ultérieurement, si l'état général le permet, une nouvelle intervention par voie abdominale ou thoracique reste possible.

11) LA PLUPART DU TEMPS, HEMOSTASE ET INTERVENTION, A VISEE CURATRICE PEUVENT ETRE REALISEES AU COURS DE LA MEME INTERVENTION.

1°) On pratique, le plus souvent, une exérèse de l'ulcère peptique précédée, si besoin est, de l'hémostase directe de l'artère extrinsèque érodée, ce qui d'ailleurs n'est pas toujours facile car il s'agit souvent de volumineux ulcères calleux.

A) Après dissection et éventuellement ouverture de l'ulcère perforé bouché, ligature d'une artère ou de plusieurs artérioles.

Une exploration très attentive est parfois nécessaire pour repérer le point qui saigne (Obs.N° 11).

B) Dans certains cas même, un ulcère très petit, passe inaperçu, malgré une large gastro- ou j juno-tonie (Obs. N° 1)

2°) L'hémostase étant assurée, il faut alors faire un bilan rapide et complet- ce qui, au cours de ces réinterventions, n'est pas toujours facile - dans le but de réaliser un "montage" satisfaisant aux règles actuellement admises pour le traitement chirurgical de l'ulcère peptique.

Exérèse aussi complète que possible des zones réflexogènes antrales et duodénales.

Une anastomose gastro-jéjunale très oblique, sur une anse courte trans-méso-colique, anisopéristaltique associée à une vagotonie abdominale si possible.

A) Dans certains cas :

a) Une dégastré-gastrectomie corrige une gastro-entérostomie.

Une gastro-duodénectomie corrige une gastrectomie (type Péan - Polya ou Finsterer)

b) Il existe une valvaison évidente :

- la recoupe gastrique
 - la résection d'un long mégaion pyloro-duodénal
 - le rétablissement correct du montage
- seront alors indiqués.

B) Mais parfois, lorsqu'il n'existe pas de valvaison évidente, toutes les difficultés s'accroissent.

a) Parfois, après avoir disséqué et ouvert largement l'ulcère peptique, pour arrêter l'hémorragie, son exérèse semble nécessaire à la sécurité de l'hémostase.

- Mais il s'agit bien souvent de volumineux ulcères calleux térébrants et, si le fond ulcéreux reste la plupart du temps en place, la cavité cruentée laissée par leur exérèse pose par son volume et sa localisation un problème particulier
- Si l'ulcère peptique du versant gastrique de la bouche anastomotique, térébrant dans le pancréas, ne pose pas au chirurgien des problèmes différents de ceux soulevés par les ulcères gastriques récidivants, lorsque l'ulcère est perforé bouché dans le méso-colon transverse (cas de beaucoup le plus fréquent), on se trouvera à la fin de l'exérèse en présence d'une large surface cruentée dans un méso-sclérotique inflammatoire.
- Un montage précolique sera souvent nécessaire, l'utilisation d'un autre orifice mésocolique étant impossible ou paraissant imprudent.

b) Comment terminer l'intervention après cette action directe sur l'ulcère peptique imposée par une hémorragie grave ?

- La recoupe simple dans ces cas est souvent relayée.

Si elle permet d'utiliser des tissus sains pour exécuter l'anastomose, elle n'est possible que si l'on dispose d'un minimum de tissu gastrique

- La gastrectomie totale est une solution de désespoir, et ce n'est qu'avec réticence que PERROTIN et HOLLENDER déclarent ;

" Un seul cas la justifie vraiment : l'ulcère peptique hémorragique récidivant après gastrectomie correcte et vagotomie complète."

111) QUELLE PLACE LAISSEE ALORS A LA VAGOTOMIE THORACIQUE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCERE PEPTIQUE COMPLIQUE D'HEMORRAGIE ABONDANTE ?

1°) Elle constitue pour PERROTIN et HOLLENDER une arme efficace :
" La guérison est d'une qualité telle que les formes hémorragiques guérissent."

Mais dans les observations de BARLEYA et PELLENNOY qui étayent ce jugement, il n'est pas fait état de l'abondance du saignement.

Nous avons insisté sur la fréquence des plaies artérielles dans les hémorragies abondantes des ulcères peptiques. C'est pourquoi la vagotomie thoracique nous paraît contre-indiquée si l'hémostase n'a pas été acquise.

2°) On pourrait donc imaginer un plan thérapeutique en cas d'absence de malade chirurgicale primitive :

- Hémostase directe, locale, dans un premier temps en urgence.
- Vagotomie thoracique ultérieure.

IV) DEUX CAS BIEN SPECIAUX ONT PU ENTRAÎNER DES ATTITUDES PARTICULIERES

1°) Un sphacèle colique complique l'hémorragie liée à l'érosion de l'Arcade de Riolan (Obs. N° 29)

A) L'attitude peut varier suivant :

- l'étendue de la nécrose colique
- l'état du méso
- mais aussi selon l'état du malade sous anesthésic.

B) Schématiquement :

- au mieux, il sera possible de pratiquer une résection suivie d'une anastomose termino-terminale.
- mais on conçoit que l'on puisse être amené à se contenter d'une résection suivie d'une mise à la peau des deux extrémités coliques.

2°) Une perforation en péritoine libre complique un hémopéritoine massif (Obs. N° 28). La perforation siégeant sur le "segment initial du jéjunum", le traitement peut aller du geste le plus simple (suture et hémostase) à l'acte opératoire plus complexe.

- C O N C L U S I O N -

1) L'EFFRACTION VASCULAIRE (onze cas rapportés) d'une artère extrinsèque (colica média, le plus souvent) paraît assez fréquemment à l'origine d'hémorragies abondantes qui compliquent parfois l'évolution des ulcères peptiques secondaires aux interventions gastriques courantes, associées ou non à une vagotonie.

Plus encore que pour les ulcères gastro-duodénaux, le substratum anatomique de ces hémorragies, ne peut être affirmé sur les seules données cliniques.

Seul, le chirurgien ou l'anatomo-pathologiste, au prix d'un examen méthodique et minutieux, peut le préciser dans certains cas.

II) L'EVOLUTION PARFOIS TOTALEMENT INTOLORE de l'ulcère peptique angio-terébrant (forme que nous avons tenté d'isoler) pose un problème diagnostique, d'autant plus difficile, que nous sommes ici dans les conditions les plus défavorables aux investigations radiologiques et

gastrosopiques d'urgence.

III) UN GESTE SIMPLE, DE SOUTÈGE, PEUT ASSURER L'HEMOSTASE si le pronostic vital est au premier plan dans les cas où, malgré une réanimation précoce et substitutive, la situation n'est pas stabilisée.

Bien souvent cependant, une intervention plus complexe, permet de contrôler l'hémorragie en pratiquant une intervention correctrice.

IV) ON NE PEUT CONFIER À UNE VAGOTOMIE THORACIQUE l'hémostase d'une artère mésentérique, malgré les beaux succès publiés à ce sujet.

- O B S E R V A T I O N S -

OBS. N° 1 DR. RENE

- Monsieur FAC... Guérino
- Homme de 39 ans.

1) EN 1952

- Ulcère du bulbe.
- Devant l'échec des traitements médicaux, y compris cure de sommeil.
- Gastro-entérostomie avec vagotomie abdominale bilatérale, pratiquée dans un autre service pour un ulcère de la face antérieure du duodénum.

11) Le 26-4-56

A) Entre en urgence pour léthargie et réaction catclysmiques?

- Expression d'anémie suraiguë.
- Malade très pâle.
- Sueurs profuses.

Jusqu'à ce jour :

- Etat général bien conservé
- Pas d'amaigrissement (72 Kgs.)
- Pas de troubles notables du transit.
- Et surtout aucune douleur.

.../....

B) REANIMATION

Persistance de l'anémie à 2.500.000.G.B

C) INTERVENTION (Dr. RENE)

- Adhérences unissant l'estomac, le foie, le duodénum, le colon.
- Dissection progressive. Pas d'ulcère duodénal. Seule, une cicatrice très large sur la face antérieure du duodénum, à l'endroit où a été décrit l'ulcère sur le C.R.O de la précédente intervention. Mais elle est suffisamment large pour pouvoir faire évoquer l'hypothèse d'une duodénotomie exploratrice antérieure.
- Pas d'érosion vasculaire évidente, la bouche elle-même est scléreuse.
- Gastrotomie extrêmement large qui montre un fil de lin noir tombant dans la lumière gastro-intestinale (il y avait eu un surjet séroséreux au lin, muco-muqueux au catgut)
- Vérification soigneuse de tout l'estomac gorgé de sang noir et qui ne saigne pas.
- L'exploration de la bouche de gastro-entérostomie est difficile et ne montre pas à l'évidence d'ulcère peptique.
- Finalement, on fait presque une dégastro-gastroectomie de principe.
- Gastro-duodénectomie type Polya.

D) OUVERTURE DE LA PIECE

Sur le versant postérieur de la bouche anastomotique, on note un petit ulcère en feuillet de livre qui a saigné. Sang noir tout autour. C'est là l'origine manifeste de l'hémorragie.

111) COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE (Pr. Agr. Ch. GUYGOU)

" L'élément pathologique le plus intéressant est représenté par un ulcère peptique siégeant sur l'anse intestinale anastomosée et situé au contact même de la suture.

Cet ulcère mesure 2,5 mm. de diamètre; il est peu profond, et la paroi sous-jacente est scléreuse."

IV) SUITES OPERATOIRES SIMPLES

Revu en Janvier 1960

- Pèse toujours 72 Kgr.
- Pas de douleurs.
- Pas de troubles du transit.
- Mais se plaint de vertiges avec sueurs et sensation de chaleur après les repas.

-:-:-:-:-

OBS.N° 2 DR. RENE

- Monsieur IMO... Attililio
- Homme de 36 ans.

1) Ulcère du bulbe :

- douloureux
- sténosant

Amplissement

Malgré traitement médical, les signes s'accroissent.

Depuis deux mois, vomit chaque nuit.

Amplissement total de 15 Kgr.

Hypersécrétion vagale.

11) Le 24-3-59

Sténose pylorique par très volumineux ulcère du bulbe en miroir.
Gastro-entérostomie très à droite sur la grande courbure en un
plan avec vagotomie bilatérale sous diaphragmatique et résection
de l'angle cardio-œsophagien bésitaire.

Suites opératoires banales.

111) Le 16-7-59

A) Brutement, sans hématémèse, lipothymie et réactions très
abondantes.

Jusqu'à ce jour, si le malade a vomé parfois (1 fois tous
les 15 jours lorsqu'il fait un écart de régime), il a
néanmoins grossi de 2 Kgr.; fume un paquet de cigarettes
par jour.

Il n'a présenté aucune modification de son transit intestinal.

Pas de dumping-syndrome

Pas d'asthénie.

Et surtout, il ne souffre absolument plus depuis la première
intervention.

B) Malgré réanimation, persistance du syndrome anémique à
1.700000 G.R.

IV) Le 18-7-59 : REINTERVENTION (DOCTEUR RENE)

- Ulcère peptique de la bouche de gastro-entérostomie.
- Au cours de la dissection, ouverture de l'ulcère perforé, bouché dans le résoco-colon.
- Pendant plus d'une heure, le fond de l'ulcère reste largement exposé sous des charps humides, et, ce n'est qu'en remettant le résocolon en position normale, qu'un saignement en jet est constaté. Il provient du fond du cratère ulcéreux laissé en place où une artère large de 2 à 3 mm. est béante, totalement sectionnée. Ligature.
- Dégastro-gastrectomie banale.

V) Le 25-7-59 : COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE (Pr. Agr. CH. GOUYGOU)

- Ulcère peptique.
- Mais il ne peut confirmer l'érosion artérielle, l'exérèse du fond ulcéreux n'ayant pas été pratiquée.

VI) Suites opératoires simples.

VII) Revu récemment :

- le malade a repris son travail
- Pas de douleurs
- Pas de troubles du transit.
- A grossi de 10 Kgr. en 3 mois.

OBS. N° 3 Dr. RENE

Mademoiselle BOU... 21 ans.

Opérée le 4-8-1950 pour un "ulcère du bulbe" pour lequel on pratique une gastro-entérostomie. Sa réalité paraît d'ailleurs discutable.

En Mars 1953 "anémie" avec hémorragie microscopique.

Juin 1953, hématoénèse de sang noir. Les radiographies multiples ne montrent pas d'image d'ulcère peptique. Cependant, Guy MORIN et en évitement avec beaucoup de difficulté une image typique d'ulcère peptique

En Novembre 1953, nouvelle hémorragie très brutale nécessitant une réanimation.

Intervention à la 36ème heure :

- Ulcère peptique de la bouche anastomotique sur le versant jéjunal de l'anse éfférente, ayant sectionné l'arcade de Riolan.
- Résection de l'ulcère.
- Ligature des deux branches de l'arcade de Riolan.
- Aucune lésion ulcéreuse sur le bulbe.
- Aucune cicatrice.

Etant donné le très jeune âge de la malade, on pratique une résection de l'anse anastomosée. Après vérification à travers la gastrostomie de l'absence de toute lésion pariétale gastrique, on se contente de faire la gastro-entérostomie.

Les suites immédiates sont simples. La malade ne présente plus d'hémorragie.

Revue au bout de 5 ans : Le résultat est toujours satisfaisant.

Fait important à noter :

Ces divers accidents hémorragiques n'ont jamais été accompagnés de la moindre douleur/

CBS. N° 4 Dr. RENE et Dr. GILBRIN

Madame JUG... Madeleine - 51 ans .

1950 :

- Douleurs épigastriques
- Anorexie.

7 Mars 1953 :

- Ulcère du duodénum découvert à l'occasion d'une première hématurie.

Le 12 Mars 1953 :

- Gastrectomie pour ulcère sténosant post-bulbaire.
- Réaction pancréatique associée.
- Gastrectomie type FINSTERER - anastomose transvésocolique.

En Mai 1953 (deux fois après)

- Réapparition des douleurs.

De Mai 1953 à 1958 :

- Douleurs par crises 3 ou 4 fois par an.
- 1 fois par an : hématurie ou mélaena. Abondance moyenne.
- Radios faites à cette époque auraient montré :
 - Ulcère peptique sur l'anse afférente et peut-être un autre sur l'anse efférente.
- Progressivement les douleurs s'accroissent (15 suppositoires d'Optalidon par jour).
- Nausées et vomissements.
- Anorexie totale depuis 15 jours.

Le 20 Mai 1958 : Elle entre à l'Hôpital de la Croix Saint Simon à l'occasion d'une

- Hématurie de moyenne abondance (3.200.000)
- Traitement médical.

.../...

Le 30 Mai 1958 :

- Très volumineux ulcère peptique avec niche de HAUBECK (Dr. CALDERON)
- Hyperacidité résiduelle.
- Douleur spontanée, vive, continue.

Le 13 Juin 1958 : INTERVENTION (Dr. RENE)

- Le roignon gastrique est petit, disparaissent sous les fausses côtes, peut-être le côté de la P.C. est-il un petit peu important. Le montage a été pratiqué au ras de l'angle duodéno-jéjunal et la portion fixe a été anastomosée avec la grande et non la petite courbure.
- Très volumineux ulcère perforé-bouché des premiers cm. de l'anse efférente face postérieure, donc près de la P.C. qui a perforé la partie postérieure du mésocolon transverse dont le fond est actuellement bouché dans sa partie toute supérieure par le foie. On pense un instant qu'il s'agit d'un ulcère sur la queue de la raquette; en fait, il s'agit d'un ulcère jéjunal.
Peut-être existe-t-il un second ulcère sur la face antérieure de l'anastomose ?

Libération assez malaisée surtout en arrière du fait de la perfection de la première technique employée.

Finalement, on est amené à sectionner l'estomac en enlevant assez largement de P.C.; à sectionner l'anse efférente qui est antérieure, puis l'anse afférente au niveau de D 4 après section du muscle de Treitz, il est possible de faire une anastomose duodéno-jéjunale et de rétablir une anastomose gastro-jéjunale.

La disposition anatomique est telle qu'on est amené à refaire le même type de montage.

Vagotomie bilatérale sous-diaphragmatique.

Au fond de l'ulcère perforé-bouché, artérielles en voie d'érosion.

Le 18-6-58 : COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE (Pr. Agr. GUYGOU)

- 2 ulcères peptiques au voisinage de l'anastomose.

.../...

- L'un d'eux renferme une artériole érodée superficiellement.

Le petit fragment d'artère, ayant saigné au fond de la perforation, renferme des lésions endartéritiques réalisant une oblitération incomplète.

Revue en Janvier 1960

- Persistance de quelques douleurs à prédominance nocturne soulagées par les vomissements où le malade ne retrouve pas les aliments de la veille contrairement à ceux qui ont succédé à la première intervention.
- Parfois diarrhée.
- Si les images radiologiques sont un peu suspectes (Dr.CALDERON) elles ne permettent pas d'affirmer reprise du processus ulcéreux.
- Néanmoins augmentation de poids (4 à 5 Kgr.)

-:-:-:-:-:-:-

OBS. N° 5 que nous devons à l'obligeance :
du Pr. Agr. J.L. LORTAT-JACOB.
& du Dr.C.A RICHARD.

Madame DEL... Cécile - 57 ans -

1955 : 3 hématuries

1956 : Troubles digestifs - Ulcère du bulbe - Traitement médical.

Le 12-4-1957 : au lendemain d'une période évolutive et fébrile, la malade est opérée dans un autre service.

- Ulcère duodénal perforé-bouché dans le pancréas.
- Gastrectomie pour exclusion.
- Quelques jours après, à sa sortie de l'hôpital, les douleurs reprennent et augmentent rapidement.
- Crises très violentes sans horaire fixe.
- A irradiations basses.

Le 13-6-1957 et le 26-6-57 : radios

- Une image suspecte sur l'ense efférente fait évoquer le diagnostic d'ulcère peptique.
- Traitement médical.

Vers Décembre 1957 :

- Asthénie - Anorexie - Amaigrissement (10 Kgr.)

Juin 1958 :

- Douleurs continues avec paroxysmes.
- Fièvre à 39-40 depuis 8 jours.
- L'altération de l'état général s'accuse.

-

- Radio pulmonaire :
 - Nodule dans le champ pulmonaire droit.
 - Nodule excavé à gauche.
- Traitement : I.N.H. Streptomycine P.A.S.

Le 14-10-58 :

- Les hémorragies réapparaissent.
- La malade est transférée du service du Dr. HILLEMANN dans le service du Pr. Agr. LORTAT-JACOB avec un dossier radiologique montrant :
 - 1°) - Un ulcère peptique au niveau de la bouche anastomotique au début de l'anse efférente.
Perforé-bouché avec niveau hydro-aérique.
 - 2°) - Caverne para-hilaire gauche.
Excavation possible du nodule sous-claviculaire droit.
- Devant la persistance de ces hémorragies que contrôlent mal les transfusions répétées
Malgré :
 - Très mauvais état général, douleurs très vives, continues
 - Tuberculose pulmonaire avec fièvre à 38.
 - E.C.G : Ancien infarctus.
 - Bloc droit.

INTERVENTION DECIDEE LE 29-5-58 (Dr.C.A. RICHARD)

- Enorme ulcère peptique de la taille d'une mandarine, perforé-bouché dans le méso-colon transverse.
- Dans le fond de la poche laissée en place, un ou deux orifices vasculaires responsables du saignement.
- Dragstedt + recoupe.

Mais au terme de l'intervention :

- Accélération du pouls.
- Fibrillation ventriculaire.

- Après phrénotorie : massage cardiaque.
- En dépit de nombreuses tentatives médicamenteuses ou électriques hydriase, arrêt cardiaque.

COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE :

- Confirme l'ulcère peptique.
- Le fond ulcéreux ayant été laissé en place, on ne peut retrouver les érosions vasculaires.

— : — : — : — : — : — : — : — : — :

OBS. N° 6 Dr. RENE

Monsieur CHA... Lucien

- Homme de 22 ans.
- Hospitalisé le 8-7-47 pour hématurie et mélaena +++ (perte de connaissance)

ANTECEDENTS :

- En janvier 1946, gastrectomie pour exclusion pour ulcère sténosant pyloro-duodénal.
- Depuis 2 mois :
 - Douleurs hypogastriques
 - région lombaire et fesses
 - très violentes
 - survenant aux heures des repas.
 - Depuis 3 jours :
 - Douleurs encore plus intenses, continues.
 - Vomissements.

EXAMEN :

- Amaigrissement de 5 à 6 Kgr. en 2 mois.
- Asthénie marquée.
- Radiographies :
 - ne montrent pas d'ulcère peptique.

INTERVENTION (Dr. RENE)

- Gastrectomie pour exclusion.
- Libération de la bouche.
 - Ulcère peptique du bord droit de l'anastomose, versant jéjunal, fissuré dans le mésocolon.
- Libération.
- Résection de 10 cm. de grande courbure
5 cm. de petite courbure
- Résection d'un moignon pyloro-duodénal de 3 cm.
- Poya.

SUITES BANALES

OBS. N° 7 (FINSTERER)

- Homme de 26 ans.

Gastro-entérostomie en Novembre 1916 pour ulcus duodénal.

Le 25-4-1918 : Hématémèse et hématochane +++ (Première hémorragie en date)

INTERVENTION :

- Ulcération de la branche principale de la colica-media qui saigne dans le fond de l'ulcère.
- Montage en Y après résection gastrique et colique segmentaire (transverse)
- Mort en fin d'intervention.

OBS. N° 8 (FINSTERER)

- Homme de 37 ans.

Gastro-entérostomie auparavant pour ulcus.

En deux jours : 3 hématochanes évaluées en tout à 3 litres (Premières hémorragies en date)

INTERVENTION : Avril 1909

- Ulcus calleux gastro-jéjunal au fond duquel on aperçoit 3 lumières vasculaires béantes.
- Ligatures des 3 vaisseaux et double ligature de la gastro-épiploïque.
- Guérison.

OBS. N° 9 (LEFEVRE & VERNIER)

- Homme de 29 ans.

Gastro-pyloréctomie en 1925 pour ulcus duodénal.

Hématérèse G.R / 4.800.000.

INTERVENTION , le lendemain :

- Ulcus peptique de l'anse afférente avec ulcération de la colica-média qui saigne par saccade.
- Résection de la bouche.
- L'ulcus calleux est laissé en place.
- Hémostase . Thermoautérisation.
- Suites difficiles (complications pulmonaires)

OBS. N° 10 (SENEQUE)

- Homme de 49 ans.

1936 : Gastro-entérostomie pour "douleurs gastriques".
Disparition complète et définitive de la douleur.

1944 : Hématérèses - Mélaena.
Indolence complète persiste.

1948 : Hémorragie grave .
Après transfusion : G.R : 2.300.000

Stabilisation puis réintervention : Dégastro-gastrectomie

OBS. N° 11 (FINSTERER)

- Homme de 28 ans.

Gastro-entérostomie en Juin 1913 pour ulcus.

Après un intervalle exclusivement marqué par de petites hémorragies à intervalles réguliers.

Le 14-1-1919 :

- Hématémèse et méléna cataclysmique (sang rutilant par l'anus en grande quantité)
- Réintervention ; Anesthésie locale.
- Gastrotomie nécessaire pour affirmer un ulcus peptique de la bouche encore saignant ; superficiel, de la grosseur d'une fève
- Hémostase directe.
- Fermeture de la gastrotomie

Bonnes suites.

OBS. N° 12 (SENEQUE)

- Homme de 36 ans.

15-2-1933 : Gastro-entérostomie pour ulcus du bulbe douloureux depuis 15 ans.

- Disparition complète et définitive des douleurs.
- Hématémèses successives mais ne souffre nullement.

Le 29-11-43 : Nouvelle hématémèse G.R : 2.820.000

Réintervention le 10-12-43

- Ulcus peptique jéjunal - Dé gastro-gastrectomie.

OBS. N°13 (PORCHER)

En 1914 à l'âge de 21 ans : Gastro-entérostomie pour ulcus duodénal.

Pendant 20 ans : aucune douleur ;

- Mélaenas successifs entraînant parfois perte de connaissance.
- Radio : Ulcère peptique affirmé : le 10-1-1946
disparu : le 25-5-1946

Le malade refuse l'intervention.

OBS? N°14 (Stoltz)

En pleine santé, sans douleur, ni hémorragie préalable, survient une hématurie "foudroyante" qui guérit par traitement médical.

La radio montre une niche persistante au niveau de la bouche de gastro-entérostomie.

Le malade refuse l'intervention.

OBS. N° 15 (BENGHERET)

Gastro-entérostomie, il y a 12 ans pour ulcus du pylore.

Intervalle libre indolent, sans troubles digestifs notables, sans hématurie.

L'ulcus peptique est révélé par une hémorragie à 1.470.000 G.R

OBS? N° 16 (MICHAUX)

En 1936 : Gastro-entérostomie.

Le 25-12-1948 : Hémorragie +++ INTERVENTION

- Grêle plein de sang.
- Dégastro-gastrectomie.
- Ulcus peptique jéjunal avec petit orifice vasculaire.
- Entérectomie de 6 cm. Bouton de Villard'.
- Gastro-duodénectomie (Billroth II)

OBS. N° 17 (SANTY)

Ulcus pré-pylorique.

Perforation : suture.

6ans après : le 18-4-1952 : Hématémèse ++

1 mois après : Gastrectomie

Le 3 Mai 1952 :

- Les hémorragies conduisent à une réintervention d'urgence
- Résection de l'ulcus P.
- Entérectomie de 20 cm.
- Polya.

OBS. N° 18 (SA'AIN)

Le 5-9-52 : +++

Hémorragies récidivantes obligent une malade à se faire opérer dans un état de gravité exceptionnelle.

- FINSTERER après recoupe pour U.P
- Mais réapparition quasi-instantanée des douleurs.

Le 20-1-53 :

- Nouvelle recoupe.
- Résection d'un ulcère duodénal
- PEAN.

OBS. N° 19 (PATEL)

- Homme de 49 ans.

Gastrectomie en 1933

Hémorragie en 1956

En 1957 : Hémorragie très abondante (3.500.000 G.R)

Opéré en urgence : Dégastro-gastrectomie avec la même bouche jéjunale.

OBS. N° 20 (CLAVEL)

Mai 1952 :

- Une hémoténèse très abondante entraîne une chute tensionnelle à 9/6 chez un malade gastrectomisé en Mai 1946 pour un ulcère perforé.
- Après un intervalle libre de 3 ans :
 - des douleurs réapparaissent.
 - Amaigrissement.
- Une période douloureuse, particulièrement intense, aboutit à l'accident qui motive l'hospitalisation d'urgence.

Le 3 Mai 1952 :

- On trouve un ulcus péptique sur une gastrectomie avec anastomose trans-ésocolique.
- L'U.P. siège sur l'anse afférente au niveau du bord mésentérique, dans lequel il forme un véritable diverticule induré.
- On résèque l'U.P. avec 20 cm. de Jéjunum.
- Suture jéjuno-jéjunale bout à bout et Polya pré-colique.
- Sur la pièce, on voit :
 - au fond de l'U.P. un certain nombre d'orifices vasculaires en forme d'arrosoir.

GUERISON.

OBS. N° 21 (PORCHER)

" J'ai vu, une fois, un opéré faire, au 25^{ème} jour, une hémoténèse massive précédée de douleurs gastriques modérées.

Un examen radiologique pratiqué le 2^{ème} jour de l'hémorragie a montré une énorme niche (pouce) de la bouche elle-même.

15 jours plus tard : après un simple traitement médical, il n'existait plus ni signes cliniques, ni signes radiologiques."

OBS. N° 22 (GERMAIN)

- Homme.

Gastro-duodénectomie difficile pour un ulcère duodénal perforé-bouché dans le pancréas.

Une ulcération de la gastro-duodénale est associée occasionnant une hémorragie grave.

Dès le 3^e jour : fistule duodénale qui dure jusqu'au 47^e jour où :

- Une hémorragie massive survient. Elle provient d'un vaste ulcère peptique calleux du voignon gastrique perforé-bouché dans le pancréas.

Dégastro-gastrectomie + fermeture du voignon duodénal.

30 jours après : alors que les suites étaient simples : mort subite

Autopsie : 0

OBS. N° 23 (DELANNOY & LAGACHE)

Mort au 8^e jour post-opératoire par hémorragie.

Autopsie montre une fistule gastro-colique (1 franc) entre le voignon gastrique et le colon transverse.

OBS. N° 24 (HOLLENDER)

Mort au 12ème jour par hémorragie.

Autopsie montre 3 ulcères peptiques jéjunaux dont l'un, volumineux, a érodé une artère.

OBS. N° 25 (MOYSON & SCOVILLE)

" Dans un cas, nous avons dû intervenir le 2ème jour, la numération restant à 1.900.000 G.R. malgré 2.400 cm3 de sang .

Cautérisation trans-gastrique qui a stoppé l'hémorragie.

Dégastro-gastrectomie 12 jours plus tard .

OBS. N° 26 (DELANNOY)

- Homme de 25 ans.

Gastrectomie pour exclusion pour ulcus pylorique.

Hémostase.

Jéjuno-jéjunostomie.

1 an après : Nouvelles hémostases : U.P. évident à la radio.

REINTERVENTION :

- Enorme U.P. térébrant dans le pancréas.
- Développé sur le bord postérieur de l'anastomose.
- Jéjunostomie.

15 jours plus tard : Vagotomie thoracique.

Disparition des hémorragies et de l'image radiologique.

Etat général transformé.

OBS. N° 27 (BARRAYA)

Gastro-entérostomie : Hémorragies : U.P.

Gastrectomie : Hémorragies : Nouvel U.P.

Dragstedt thoracique : Disparition des hémorragies
des douleurs
de l'image radiologique.

OBS. N° 28 (1937)

- Ferme

Gastro-entérostomie postérieure au bouton pour sténose du pylore par ulcus calleux.

Santé parfaite pendant 2 ans.

Puis vomissements et troubles dyspeptiques.

Mort 4 ans après l'opération, par hémorragie interne.

Autopsie :

- Sang dans la cavité abdominale.
- Ulcus perforé du segment initial du jéjunum.
- Au fond de l'ulcus, une artère perforée.

OBS. N° 29 (TAVERNIER)

Il s'agit d'un malade qui, depuis son opération, est en " bon état avec quelques douleurs".

Une hématémèse " formidable " ouvre la scène. L'hémorragie persiste.

On l'opère en plein collapsus.

Il s'agit bien d'un U.P. qui a provoqué, par lésion vasculaire, un sphacèle du colon transverse sur 10 cm.

Vu, le Doyen :

L. B I N E T

Vu, le Président de Thèse

L. L E G E R

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS;

S A R R A I L H.

- B I B L I O G R A P H I E -

- I - H.L. ALBRIGHT, R.C. KERN (Brooklins, Mass.): Future Control of Bleeding Duodenal Ulcer: Safer Approach in Treatment of Crittley III Patient (A.M.A. Arch. Surg. 71; 803-808, December I. 955.
- 2 - J.G. ALLEN, H.A. OBERHILMANN, Jr (Univ. of Chicago): Problem of Bleeding Peptic Ulcer (Surgery 37: I. 019-1.028) Jun I. 955.
- 3- A R V A Y. (M-N.) L'examen radiologique d'urgence au cours des hémorragies graves. Arch. Mal. App. Dig. I. 957. -46
- 4- J.A. BALINT, G.W. COOPER, E.C.V. PRICE, C.N. PULVERTAFT, B.F.A. SWYNERTON: Management of Anastomotic Ulcer. (The Lancet , 2: 551-555, Sept. 21-1. 957)
- 5- BRULE (G.) La gastroscopie chez les gastrectomisés Gaz. Méd. de France. Juin I. 49. N° I.
- 6- B R U N E L I E R E. Thèse Paris I. 956
- 7- C A Z A L. La masse sanguine et sa pathologie. I. 955.
- 8- A.B. CHEN, A.S. LITTLE, G.F. BADGER, A.J. BEANS (Western Reserve Univ.): Acute Hemorrhage from Peptic Ulcer: Follow-up Study of 310 Patients (New England J. Med. 225: 973-978; Nov. 22-1. 956.
- 9- C L A V E L. Formes hémorragiques de l'ulcère peptique post-opératoire gastro-jéjunal. Rev; de Chir. I 933. N° 3.
- 10- DELANNOY & AUGUSTE. Vagotomie et ulcère peptique post-opératoire. Opinion sur les indications actuelles de la vagotomie. Acta- Gastro-Enterologica- Belgica. I 949. T. I 2
- 11- D E L A N N O Y (Em.). La radiologie dans le diagnostic des grandes hématoméses. Revue du Praticien. (Nov. I. 952)
- 12- D E L A N N O Y (Em.). La radio d'urgence dans les hémorragies gastro-duodénales aiguës. Arch. Mal. App. Dig. I 954. -43.
- 13- D E S N E U X (J.-J.). Valeur de l'endoscopie dans le diagnostic des hémorragies digestives aiguës. Acta-Chirurgica-Belgica. Mai I. 955. - 54.
- I4- D R A G S T E D T. Evolution de la chirurgie moderne dans le traitement de l'ulcère. American Journal Digestive Diseases. Avril I. 959
(New Series)

- 15- D U B A R R Y (J.) Physio-pathologie et étiologie des grands hématomés. Revue du Praticien Nov. I. 952.-2.
- 16- D U B O S T (CL.) Les grands hémorragies digestives
Thèse Paris I. 951. -42.
- 17- D U B O S T (CL.) Les hémorragies des ulcères gastrô-duodénaux. Revue du praticien. I. 952. -2
- 18- L.W. EDWARDS, J.L. HERRINGTON Jr, S.T. STEPHENSON Jr, R.I. CARLSON, R.F. PHILLIPS Jr, W.R. CATE Jr, H.W. SCOTT Jr, Nashville Tenn.: Duodenal Ulcer: Treatment by Vagotomy and Removal of Gastric Antrum (Ann. Surg. 145:738-752. May I. 957
- 19- T.C. EVERSON, V.Z. HUTCHINGS, J. EISEN, M.F. WITANOWSKI. (Univ. of Illinois): Partial Gastrectomy versus Vagotomy with Gastroenterostomy in treatment of duodenal Ulcer. (A.M.A. Arch. Surg. 74: 547-554, April I. 957)
- 20- G A R D E. L'ulcère récidivant post-opératoire. (125 Cas)
Thèse de LYON I. 955. (N° 3)
- 21- G E R M A I N. Congrès de Chirurgie I. 957. Transfusion dans les hémorragies aiguës
- 22- GOLDFARB, H.C. SALTZSTEIN (Singer Hosp. Detroit): Massive Hemorrhage from peptic Ulcer following Operation or Trauma: Report of Seven Cases with Six Recoveries. (Gastroenterology 31:525-529. November I. 956)
- 23- G O R G E T. 76 Cas de Vagotomie avec ulcère peptique.
Thèse Bordeaux I. 952
- 24- GRENET & LEMOINE. Intérêt des méthodes de mesure de la masse sanguine à propos de 10 Cas d'ulcères gastro-duodénaux hémorragiques graves.
Mémoires de l'Académie de Chirurgie. 13-2-I. 952.
- 25- G. H I E N E R T (University Clinic Vienna): Results of Ulcer Surgery (Wien. klin. Wchnschr. 68:339-341. Apr. 27 1956.
- 26- HOLLENDER & ADLOFF. Les hémorragies digestives post-gastrectomiques. Arch. Mal. App. Dig. I. 953 N° 7-8 bis.
- 27- C.F.W. ILLINGSWORTH (Univ. of Glasgow): Massive gastrointestinal Hemorrhage (Ann. Roy. Coll. Surgcons England 15:337-341. May I. 955)
- 28- J O N E S (A.). Le rôle de la gastroscopie dans les hémorragies gastro-intestinales hautes d'étiologie inconnue. Gastro-Enterology. I. 950- I4-292.

- 29- JUVENELLE & CITRET. A propos des méthodes de laboratoire permettant d'apprécier la valeur d'hémorragie. Presse médicale 12-8-I.950.
- 30- J.A. KIRTLBY Jr, D.H. RIDDLELL, F.I. SMITH (Vanderbilt Univ.): Upper Gastrointestinal Hemorrhage of obscure origin (Ann Surg. 145: 789-795. May I.957)
- 31- L E G E R (L.) & DESIGNOLLE. Enseignement à tirer d'une série de 114 Cas d'hémorragies digestives. Arch. Mal. App. Dig. Septembre I.957.
- 32- LAMBLING & GUFRETT. Contribution à l'étude radiologique de l'ulcère peptique post-opératoire. Arch. Mal. App. Dig. I.954. -43.
- 33- LESTER-DRAGETT-EDWARD. Recurrence of gastric ulcer after complete vagotomy. Annals of Surgery I.949. -130.
- 34- A.A. MACKELVIE : Vagal Rescction in Treatment of Duodenal Ulcer (Brit. M.J. I : 321-323. Feb. 9 - I.957.
- 35- S.F. MARSHALL, G.K. TERRELL (Lacy Clinic): Postopérative Recurrent Ulcer (S. Clin. N. th. America 37:653-663. June 57
- 36- O. MATTHEWSON Jr, B. DULL (San Francisco): Surgical Significance of Gastrointestinal Bleeding. (Am. J. Surg. 89: 1177-1181. June I.955).
- 37- MERCADIER & HAUTHEFUILLE. Indications et résultats du traitement chirurgical des hémorragies digestives ulcéreuses. Arch. Mal. App. Dig. I.959 N° 7 - 8 Bis.
- 38- MONOD - BROCA (Ph.) Contribution à l'étude des ulcères peptiques post-opératoires. Thèse Paris I.948.
- 39- MONSAINTEON. A propos de la mesure de la masse sanguine dans les ulcères hémorragiques. Mémoires de l'Académie de Chirurgie 20-2-I.952.
- 40- M O U C H E T (A.). Six cas de fistules gastro-jéjunocoliques, par ulcère peptique. Annales de Chirurgie. Nov. I.959.
- 41- M O U T I E R. Endoscopie de l'estomac opéré. Arch. Mal. App. Dig. I.937 -29.
- 42- MOYSON & SCOVILLE. Diagnostic et traitement des hémorragies digestives aiguës. Congrès de Chirurgie Belge I.955. Acta-Chirurgica-Belgica. (Supplément).
- 43- N A I N T R E. Les hématomésos de l'adulte sous contrôle gastrosopiques. Thèse de Paris I.956. N° 931.

- 44- R. NISSEN, F. UNDERLIN (Univ. of Basel): Massive Gastric Hemorrhage (German M. Month. 2: 161-165. June 1. 1957)
- 45- H.A. OBERTHLMANN JR., L.R. DRAGETTED (Univ. of Chicago): New Physiologic Concepts Related to Surgical Treatment of Duodenal Ulcer by Vagotomy and Gastroenterostomy. (Surg. Gynec. & Obst. 101: 194-200. August 1. 1955).
- 46- PATEL (J.) & LITAGTY (J.). Notre propre expérience de la gastrectomie pour hémorragies digestives. Presse Médicale 9-II-1. 1957.
- 47- P E T E L O T. La vagotomie dans les ulcères peptiques. Thèse de Nancy 1. 1955
- 48- PICARD - KERNIS. Substrat Anatomique des grandes hémorragies ulcéreuses. Arch. Mal. App. Dig. 1. 1959 N° 7-8 bis.
- 49- P O R C H E R. Radiologie clinique de l'estomac opéré.
- 50- R E N F (L.) - NICOLIO & HARTMANN. Etude clinique et biologique d'une série homogène de 25 gastrectomies avec anastomose gastro-duodénale. Arch. Mal. App. Dig. Sept. 1. 8.
- 51- R I O U. Thèse Paris 1. 1937 (N° 465).
- 52- S A C H S -WILHELM-STROCK & WALDMANN. Massive gastrointestinal hemorrhage. Experimental observations. Gastroenterology 19. 113.- 1. 1951.
- 53- S A M A I N (A.). Importance de la résection large de la première portion du duodénum dans la prévention de la cure de l'ulcère peptique post-opératoire. Arch. Mal. App. Dig. 1. 1958. -47.
- 54- S A N T Y -MICHAUD & LANGE. L'ulcère récidivant post-opératoire. Lyon-Chirurgical Mai 1. 1957. T. 53.
- 55- S I A N. Formes hémorragiques de l'ulcère peptique post-opératoire gastro-jéjunale. Thèse de LYON 1. 1935.
- 56- G.K. SMITH, J.H. FARRIS (Los Angeles): Rationale of Vagotomy and Pyloroplasty in Management of Bleeding Duodenal Ulcer. (J.A.M.A. 166: 878-881. Feb. 22 1. 1958).
- 57- E.N. SNYDER Jr., C.J. BROWN (Univ. of Southern California) Management of Massive Hemorrhage from Peptic Ulcer. (Am. J. Surg. 94 : 368-376. August 1. 1957.
- 58- S O U L I E R (J.-P.) Traitement des hémorragies 1. 1953.

- 59- J.D. STEWART, J.H. COSGRIFF, J.G. GRAY (Univ. of Buffalo):
Experiences with Treatment of Acutely Massively
Bleeding Peptic Ulcer by Blood Replacement and Gastric
Resection (Surg., Gynec. & Obst. 103: 409-415. Oct. 1. 1956.
- 60- SULLENS & STEIGMANN. Surgical considerations in hemor-
rhage of the upper part of the gastrointestinal tract.
Arch. of Surgery 1.559 - 1.244. 1.949.
- 61- T E I L I N G . Thèse Paris 1.954.
- 62- T Z A N C K. Etude de la transfusion sanguine en chirurgie
Cahiers d'anesthésiologie. I-17. 1.953.
- 63- V E R N E J O U L. La gastrectomie pour l'ulcère.
- 64- WALTERS-CHANCE & BERKSON. Vagotomy et gastrectomie pour
l'ulcère peptique post-opératoire. S.G.O. Février 1.955.
- 65- W. WALTERS, Th.E. LYNN (Mayo Clinic and Found.):
Billroth I and Billroth II Operations: Comparison of
Results 6 - 10 Years after Operation for Gastric,
Duodenal and Gastrojejunal Ulcers (A.M.A. Arch.
Surg. 74 : 680-685. May 1. 57.
- 66- Cl.E. WELCH, A.A. ALLEN, G.A. DONALDSON (Boston): Surgical
Management of Massive Acute Upper Gastrointestinal
Hemorrhage (New England J. Med. 252 : 921-928. June 2 - 55
- 67- WOLF & Melwin ROOSMANN. Gastroscopic findings in
patients with subtotal gastrectomy.
Gastroenterology. June 1.957 -32.
- 68- De très importantes bibliographies pourront être consultées:
 - 1 - GOSSET (A.) Congrès de Chirurgie 1.931.
Traitement de l'ulcère peptique post-opératoire.
 - 2 - PAPIN (F) & WILMOTH (P). Congrès de Chirurgie 1.933.
Le traitement chirurgical des grandes hémorragies
gastro-duodénales d'origine ulcéreuse.
 - 3 - PERROTIN (J.) & HOLLENDER (L.) Congrès de Chirurgie 1.958
Ulcers peptiques après gastrectomies.

